WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. A. Wojciechowskiego

WARSZAWA

ROK II LIPIEC 1928 ZESZYT VII

ROK II WARSZAWA 1928 LIPIEC ZESZYT VII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DOC. DR. W. MELANOWSKI.

Zapalenie współczulne oka.

Jestto jedno z najcięższych i najuporczywszych i najfatalniejszych dla narządu wzroku cierpień. Jestto przewlekłe uporczywe zapalenie błony naczyniowej oka, które po pewnem czasie trwania przenosi się na drugie oko.

Objawy i przebieg. Występuje ono najczęściej w następstwie zranienia oka, najczęściej w okolicę rzęskową. Zapalenie często jest wywołane przez obecność ciała obcego, szczególnie żelaza lub miedzi. Czasem zapalenie współczulne może być spowodowane przez zadrażnienie zanikłego oka, powstałe w następstwie okostnienia okolicy rzęskowej. Oko od którego zaczyna się zapalenie nazywamy pierwotnie schorzałem oko, drugie nazywamy schorzałem współczulnie

Choroba zazwyczaj występuje przewlekle i zaczyna się w 14 dni czasem 3—4 tygodnie, a niekiedy i w kilka lat po zranieniu oka. Występuje przekrwienie oka schorzałego pierwotnie, potem jego łzawienie, ból samoistny, a czasem tylko po dotknięciu okolicy rzęskowej tego oka. W oku schorzałem współczulnie występuje łzawienie, światłowstręt, upośledzenie nastawności, przekrwienie okołorzęskowe, zwężenie źrenicy i drobniutkie osady na tylnej powierzchni rogówki. Po atropinie źrenica się rozszerza, ale na drugi dzień znów występuje zwężenie. Dalej, badając uważnie, stwierdzimy, znajdziemy na przedniej torebce soczewki drobniutkie złogi barwika — ślady zlepów z tęczówką. Rysunek tęczówki staje się zatarty, a źrenicę potem zaściela stopniowo wysięk włóknikowy, a wzrok upośledza się coraz bardziej, aż stopniowo bez bólu, albo i czasem wśród uporczywych bólów sprawa kończy się ślepotą zupełną. Zwrócimy tu uwagę, że zapalenie współczulne przebiega bardzo często wśród objawów wzmożonego napięcia, spowodowanego zatkaniem przez nacieki zapalne przestrzeni Fontany, albo też zarośnięciem i odgrodzeniem źrenicy. Oko zropiałe wskutek zapalenia jagodówki (panophtalmitis) rzadko daje powód do wystąpienia zapalenia

współczulnego w drugiem, jednak jak dowodzi m. in. przypadek *P. Petita* (1926) i tu nie są wykluczone wyjątki.

Obok typowych postaci zapalenia współczulnego zdarzają się jeszcze przypadki odwarstwienia siatkówki współczulnego, w przebiegu zwykle złośliwe i, znacznie łagodniejsze, i dające lepsze rokowanie, zapalenia współczulne siatkówki i nerwu wzrokowego.

Jako przykład podaję jeden przypadek typowego zapalenia współczulnego, powstały wskutek odmowy wyłuszczenia oka poszarpanego w następstwie wypadku; w 2 miesiące od zranienia w drugiem oku wystąpiły objawy iritis serosa, a po upływie prawie roku choroby sprawa skończyła się ślepotą i zanikiem drugiego oka. Drugi przypadek współczulnego odwarstwienia siatkówki wystąpił u 20 let. studenta w 3 lata po urazie lewego oka. — W oku tem było przewlekłe bezbolesne zapalenie jagodówki z zarośnięciem i odgrodzeniem źrenicy. Potem wystąpiły objawy wzmożonego napięcia i zaćma w oku prawem — jako wyraz zmian zapalnych i odwarstwienie siatkówki. I tu, pomimo leczenia, sprawa w ciągu roku zakończyła się ślepotą zupełną.

Patogeneza zapalenia współczulnego nie jest jasna. Jedni, jak *Mackenzie* (1840) uważali, że zapalenie przenosi się drogą naczyń nerwów rzęskowych i pochwy n. wzrokowego. Tak *Schmidt-Rimpler, Goldzieher, Uhthoff, Schirmer* (od 1870) znajdowali nacieki drobnokomórkowe wzdłuż n. rzęskowych, nerwów wzrokowych oraz w pochewkach chłonnych naczyń krwionośnych. *Goldzieher* (1880) podkreślał sprawę pewnej łączności zapalenia współczulnego i zadrażnienia współczulnego — którego wyrazem w zapaleniu współczulnem były nacieki wzdłuż nn. rzęskowych — i powoływał się na zapalenie wypryszczkowe i trądowe, które też idą szlakami nerwów. Podobnych przesłanek trzymał się ostatnio i *Szily* (1924), który, na zasadzie doświadczeń z jadem wypryszczki, starał się doświadczalnie u królików odtworzyć zapalenie współczulne. Doświadczenia te, które udały się *Szilyemu,* nie były potwierdzone przez innych, *Bronsa, Grütera, A. Fuchsa,* (1925), *Marchesaniego* (1927).

Dalej wspomnieć należy teorję wędrowania zarazków (*Migrationstheorie*) *Deutschmanna* (od 1882), który miał przypadki doświadczalnego przenoszenia się zapalenia do drugiego oka po wstrzyknięciu do ciałka szklistego pierwszego oka zawiesiny złocistych i białych gronkowców. I tu znowu inni badacze, jak *Limburg, Levy, Baseri* byli mniej szczęśliwi pod względem wyników w podobnych doświadczeniach.

W każdymbądź razie, samo poszukiwanie dróg nie wystarcza i tu wspomnieć należy wysiłki *Römera* (od 1902), a potem i *Guillery* (od 1911) w kierunku doszukania się sposobu działania istoty zarazka. *Römer* uważa, że zarazek musi być we krwi, ale nie jest szkodliwy dla reszty ustroju podobnie np. do prątka tężca, który jest chorobotwórczy dla tkanki nerwowej. Zgodnie z *Zielenkowskim i Wojciechowskim* (1903), *Ulbrychem* (1904) uważa R. że nawet nieszkodliwe saprofity mogą być powodem zapalenia współczulnego. Zresztą (jeszcze w 1891) *Górecki* wskazał, że niektóre jady drobnoustrojowe mogą wywierać wybiórczo wpływ na niektóre tkanki oczne. Słowem dla *Römera* zapalenie współczulne ma niejako typ przerzutowego zapalenia.

Według *Guillery* zapalenie współczulne jest pochodzenia gruźliczego, na co wskazują i obecność komórek olbrzymich wśród nacieków zapalnych i doświadczenia G. (1925), który po umieszczeniu w woreczku z sitowia poza gałką oczną zawiesiny prątków gruźliczych i po zranieniu jednego oka otrzymał dość typowe zapalenie w drugiem oku. Niektórzy, jak np. *Rosas* (1925), samą częstotliwość zapalenia współczulnego u dzieci objaśniają ich skłonnością do gruźlicy.

Wreszcie wspomnieć należy o teorji uczuleniowej (anafilaktycznej), którą pochodzenie zapalenia współczulnego starali się objaśnić *Gotowin* (1904) *Elschnig* (1910) i inni. Twierdzą oni, że znaczne zniszczenie tkanki barwikowej jagodówki wskutek zapalenia przewlekłego spowodować może zjawienie się swoistych dla jagodówki jadów komórkowych. Najnowsze badania w tym kierunku przeprowadził *Allan Wood*, który od 1915 roku drogą doświadczeń z psami przyszedł do wniosku, że obecność zapalenia współczulnego wykazać można brakiem przeciwjadów tkanki barwikowej we krwi.

Być może, że rozwój nauki w tym kierunku przyczyni się do wczesnego roz-

poznania, a może być i racjonalnego leczenia zapalenia współczulnego,

Anatomja patologiczna. Zmiany dotyczą przeważnie jagodówki i występują głównie bliżej równika gałki ocznej. W ciałku rzęskowem tęczówce i naczyniówce stwierdza się nacieki limfocytarne, komórki olbrzymie i komórki nabłonkowate. Część skupień zapalnych znajduje się w głębokich częściach tkanki, część znowu, t. zw. skupienia *Daléna*, znajduje się na powierzchni wewnętrznej tęczówki i wyrostków ciałka rzęskowego. Nacieki limfocytarne przenikają często do pochewek okołonaczyniowych i okołonerwowych w miejscach przebicia twardówki przez nerwy i naczynia. Od nacieków gruźliczych nacieki te się różnią brakiem ognisk zserowacenia.

Profilaktyka zapalenia współczulnego polega przedewszystkiem na usunięciu wczesnem zranionego, poszarpanego i ślepego oka, oraz oka z ciałem obcem, lub bolesnego i zanikającego. Dużo trudniejsze jest postępowanie, jeśli oko, ciężko zranione w okolicę rzęskową, widzi. Należy tu usunąć przedewszystkiem wypadłe strzępki tkanki jagodówki, usunąć ciało obce i pokryć ranę spojówką. W niektórych przypadkach leczenie atropiną, gorącemi okładami, śródmięśniowemi wstrzykiwaniami mleka, salicylem i K. J. doustnie pozwoli opanować przewlekłe i uporczywe zapalenie jagodówki. W dwuch podobnych przypadkach leczenie miejscowe atropiną i doustne leczenie silnym preparatem —jodu Alivalem — pozwoliło mi zachować oko widzące zranione — oraz w obu tych przypadkach stwierdziliśmy, że nie doszło ani do zadrażnienia, ani do zapalenia współczulnego. W przyszłości dla wyróżnicowania przypadków, bezpiecznych pod tym względem, mogą być pożyteczne badania krwi na obecność przeciwjadów barwika według *A. Wooda*, a obecnie pomocne być może staranne badanie ob. oczu lampą szczelinową. Wczesne stwierdzenie zaczynających się osadów drobniutkich na błonie *Descemeta* w drugiem oku pozwoli, jak zaznacza *Moeller* (1925), wyłuszczeniem oka chorego wczas uratować drugie oko. By uchronić od zwiększenia zaniku i zadrażnienia oka zanikłego, może być pożyteczna operacja *Wicherkiewicza* (1908), która, chroniąc od dalszego zadrażnienia oka, ma przeszkadzać wystąpieniu zapalenia współczulnego w drugiem oku. Operacja polega na rozcięciu czterech mięśni prostych oka.

W niektórych przypadkach, pomimo wyłuszczenia oka schorzałego pierwotnie, później rozwijało się zapalenie wpółczulne, chociaż na podstawie bardzo obfitego materjału kliniki w Tybindze *E. Jäger* (1924) dowodzi, że drugie oko uważać możemy za uratowane, o ile w 15 dni po wyłuszczeniu pierwszego nie wystąpiło w pozostałem zapalenie.

Leczenie już rozwiniętego zapalenia współczulnego najczęściej wyników nie daje, aczkolwiek niektórzy autorowie opisują zachowanie znośnego widzenia w rzadkich przypadkach po leczeniu miejscowo atropiną, gorącemi okładami, upustami krwi, wstrzkiwaniami Na Cl (30%), sublimatu (1 : 10.000), oraz ogólnie neosalwarsanem, rtęcią, jodem, salicylem. Idąc w myśl doświadczeń *Guillery, H. Friedenwald, Addario la Ferla* i inni leczyli z dość zachęcającemi wynikami zapalenie współczulne tuberkuliną. Wspomnimy wreszcie, że obserwacje niektórych autorów, jak *Blumenfeld* (1898), *Bach* (1899), *Ahlströms* (1904), *Udelt* (1924), wykazały, że przebycie ostrej choroby zakaźnej zatrzymywało postęp zapalenia współczulnego i zachowywało wzrok. Może być w niektórych przypadkach leczenie zarażeniem zimnicą może tu być pomocne.

O znaczeniu klinicznem określania spoczynkowej przemiany materji.

PODAŁ

DR. JAKÓB WĘGIERKO (Warszawa)

Ciąg dalszy.

Wpływ gruczołów płciowych na przemianę materji znany jest nam dobrze. Szczególnie uwydatnia się to najdobitniej w okresie dojrzewania i przekwitania płciowego. Wiadomo nam także, że działanie gruczołów płciowych, jako gruczołów dokrewnych, jest ściśle związane z działaniem innych gruczołów, a najbardziej zaznacza się to w stosunku do gruczołu tarczycowego i przysadki mózgowej.

Pierwsze dokładne badania nad gazową przemianą materji u zwierząt wytrzebionych wykonane były przez *Magnus Levego*, który stwierdził, że w tych warunkach spoczynkowa przemiana materji obniża się o 20%. Inni badacze nie zdołali w zupełności potwierdzić spostrzeżeń *Magnus Levego*, a można nawet zauważyć w piśmiennictwie wybitnie sprzeczne poglądy dotyczące tego zagadnienia. *Grafe* naprzykład otwarcie powiada, że niedomoga gruczołów płciowych jedynie tylko w przypadkach wyjątkowych prowadzić może do osłabienia procesów spalenia w ustroju.

Zdanie to jednak jest już dziś przestarzałe, albowien dokładne badania *Liebiesny'ego*, wykonane na ludziach zarówno kastrowanych, jak i z osłabioną działalnością gruczołów płciowych np. w okresie przekwitania, dają nam jasne dowody, że w podobnych przypadkach obniża się spoczynkowa przemiana materji. Niżejpodane zestawienie sprawę tę najlepiej oświetli.

	Wskaźnik oddechowy	CO_2	O_2	Ilość ciepłostek na dobę	procentowe zmniejszenie się spoczyn. przem. materji
Kobieta 48 lat. extirpatio totalis	0,895	179,26	200,2	984,6	—28,6
Kobieta 44 lata extirpatio totalis	0.814	196,9	241,9	1165,7	—36
Kobieta lat 51 Climax	0,879	237,7	270,4	1324,8	—22
Kobieta lat 46 Climax	0,812	247,3	257,3	1283	—9
Kobieta lat 33 Amenorrhoea	0,811	188,6	232,1	1010	—22,3
Panna lat 27 Dysmenorrhoea	0,897	185,7	206,5	1016	—20,3

Widzimy więc, że wraz z osłabieniem czynności gruczołów płciowych, ilość ciepłostek (spoczynkowa przemiana materji) się zmniejsza, a wyrażając to w odsetkach w stosunku do ilości ciepłostek, jaką dane osoby zużywać powinny, otrzymujemy dane wahające się od 9 do 36%.

Niezawodnie, że istnieją również przypadki z osłabioną czynnością dokrewną gruczołów płciowych, w których jednak

nie stwierdza się obniżonej spoczynkowej przemiany materji. Przypadki te jednak nie są zbyt liczne, jak sądzono dawniej. Zresztą istnienie podobnych przypadków jest zupełnie dobrze zrozumiałe, gdyż niezawodnie inne gruczoły dokrewne przyjmują na siebie rolę gruczołów płciowych i w ten sposób osiągnięte zostaje pewne wyrównanie czynności.

Niedostateczna czynność gruczołów płciowych poprawia się znacznie pod wpływem leczenia wyciągami z odnośnych gruczołów. Owo leczenie zastępcze przynosi nieraz wybitną poprawe, co zostało stwierdzone drogą klinicznej obserwacji.

Jednakże i w tych wypadkach leczenie musi być prowadzone pod ścisłą kontrolą i częste określanie spoczynkowej przemiany materji jest dla nas drogowskazem, jak należy dawkować wspomniane preparaty i jak długo je stosować.

Niedostateczna czynność przysadki mózgowej wywiera również wyraźny wpływ na przemianę materji. Usunięcie przysadki u zwierząt wywołuje obniżenie spoczynkowej przemiany materji do 25 i 30%. Słowem widzimy, że działanie tego gruczołu zbliżone jest do tarczycy i gruczołów płciowych. Jednakże spostrzega się wyraźną różnice w działaniu preparatów przedniej i tylnej części przysadki mózgowej. Podczas gdy wyciągi z przedniej części przysadki obniżają przemianę materji, to wyciągi z tylnej ją wzmagają.

Z pośród schorzeń wspomnianej przysadki najbardziej znana jest akromegalja.

W cierpieniu tem stwierdzano wzmożoną spoczynkową przemianę materji i zauważano fakt ten za ściśle związany z występującym tu równocześnie hyperthyreoidyzmem". Jednakże stwierdzano również występowanie akromegalji po usunięciu jajników, znane są w piśmiennictwie także przypadki akromegalji w połączeniu z moczówką prostą (Diabetes insipidus), a we wszystkich tych przypadkach okazywała się przeważnie wzmożona spoczynkowa przemiana materji do 30%. Widzidzimy więc, że istnieje tak ścisła łączność w działaniu przysadki, jajników (gruczołów płciowych) i tarczycy, że trudno powiedzieć z jakiego powodu w akromegalji występuje wzmożenie spoczynkowej przemiany materji. Najprawdopodobniej w tem cierpieniu nie mamy do czynienia z zaburzeniem czynności jednego, lecz kilku gruczołów dokrewnych.

W moczówce prostej większość autorów również stwierdzała wzmożenie spoczynkowej przemiany materji o 25 — 30%, jednakże były to najprawdopodobniej przypadki, w których nietylko przysadka mózgowa odgrywała rolę decydującą. Wiadomo przecież, że podawanie wyciągów z gruczołów płciowych niekiedy wpływa b. korzystnie na przebieg moczówki prostej i prowadzi do obniżenia spoczynkowej przemiany materji.

Jaki wpływ na przemianę gazową wywierają zaburzenia wydzielania wewnętrznego gruczołów przytarczyczych i grasicy dotychczas nie ustalono jeszcze ostatecznie. Podobno wstrzykiwanie podskórne wyciągu z grasicy powiększa współczynnik oddechowy, co najłatwiej tłómaczy się wzmożonem spalaniem cukru. O czynności grasicy wiemy jeszcze tyle, że działanie jej jest ściśle związane z tarczycą, albowiem naświetlanie grasicy wpływa korzystnie na przebieg choroby *Basedowa*.

W chorobie *Addisona* (osłabienie czynności nadnerczy) nie stwierdzano przeważnie większych zaburzeń w przemianie gazowej, a znikoma zaledwie liczba badaczy wypowiadała się za istnieniem nieznacznego obniżenia spoczynkowej przemiany materji. Przeprowadzone przezemnie badania spoczynkowej przemiany materji w jednym b. ciężkim przypadku choroby *Addisona* wykazało wybitne jej obniżenie, wynoszące około — 45%. Godnym uwagi jest fakt, że w tym przypadku nie udawało mi się wyraźnie zwiększyć spoczynkowej przemiany materji, ani przy pomocy podawania podskórnie adrenaliny, ani przez podawanie doustne białka (nie stwierdzałem tu prawie zupełnie swoisto dynamicznego działania białka, patrz. wyżej).

Należy jeszcze zwrócić uwagę na zachowanie się przemiany gazowej w przypadkach otłuszczenia. Już z dotychczasowego naszego rozumowania wynika, że istnieje niezaprzeczona korelacja w działaniu gruczołów dokrewnych, że na wystąpienie ściśle określonego stanu klinicznego składa się wiele czynników, zależnych od działania kilku gruczołów dokrewnych. W otłuszczeniu (adipositas) okoliczność dopiero co wspomniana odgrywa wybitną rolę. Odkładanie tłuszczu występować może zarówno z powodu niedostatecznego działania tarczycy, jak też i gruczołów

płciowych oraz przysadki mózgowej. Możemy mieć także do czynienia z niedomogą wszystkich wspomnianych tu gruczołów dokrewnych. Należy także podkreślić, że mogą istnieć przypadki otłuszczenia, w których gruczoły dokrewne nie przyjmują żadnego udziału, a nadmierne odkładanie tłuszczu występuje tu jedynie wskutek obfitego odżywiania Podobne przypadki nazywamy otłuszczeniem „ekzogenicznem", czyli pokarmowem, w odróżnieniu od otłuszczenia „endogenicznego", czyli „endokrynicznego" (dokrewnego).

Zrozumiałe jest, że w przypadkach otłuszczenia pokarmowego przemiana gazowa zachowywać się będzie prawidłowo, a muszą nas obecnie interesować jedynie przypadki otłuszczeń występującego wskutek zaburzenia gruczołów dokrewnych.

Podczas gdy w chorobie *Basedowa*, w której mamy do czynienia ze wzmożonem działaniem tarczycy, spostrzegamy zazwyczaj znaczne wychudzenie, występujące nieraz dość szybko (crises d'amaigrissement), to przeciwnie przy osłabioniem działaniu tarczycy stwierdzamy zazwyczaj nadmierne tycie, które nieraz występuje jednocześnie z cukrzycą.

Nadmierne tycie obserwowano nieraz również u osobników, którym dokonano częściowego usunięcia tarczycy z powodu wola. Podobne odkładanie się tłuszczu, t. j. pochodzenia tarczycowego, idzie zazwyczaj w parze z zatrzymywaniem wody w ustroju (obrzękami), a podawanie w tych przypadkach wyciągów z tarczycy sprowadza obok znacznego ubytku tłuszczu, także wzmożone oddawanie moczu

W przypadkach, w których stwierdzamy obrzęki oraz nadmiernie rozwiniętą tkankę tłuszczową, przy obliczaniu spoczynkowej przemiany materji, nie możemy posiłkować się właściwą wagą badanych osobników, gdyż zarówno woda (obrzęki), jak i tłuszcz nie są żywą masą protoplazmatyczną, przyjmującą udział w procesie spalania. W podobnych przypadkach powinniśmy obliczać t. z. wagę „do osiągnięcia" (*Sollgewicht*, autorów niemieckich) i w tym celu, idąc za radą *Noordena*, mnożymy wysokość badanego osobnika, wyrażoną w centymetrach, przez 455. Będzie to waga w kilogramach, jaką dany osobnik, mający określony wzrost, posiadać powinien, i tę liczbę uwzględniamy, posiłkując się tablicami *Harrisa i Benedicta*.

Według badań dotychczasowych w przypadkach otłuszczenia pochodzenia tarczycowego stwierdzamy zazwyczaj obniżoną spoczynkową przemianę materji. W przypadkach zaś otłuszczenia przysadkowego, spoczynkowa przemiana materji wykazuje liczby prawidłowe, nie odbiegające od normy. Jednakże *Benedict i Homans* twierdzą, że po usunięciu przedniej części przysadki mózgowej spoczynkowa przemiana materji ulega wybitnemu zwiększeniu, bywa zaś prawidłową wówczas, gdy pozostawić chociażby resztki minimalne wspomnianego przedniego płatu.

Zdaje się, że badanie swoisto-dynamicznego działania białka w przypadkach otłuszczenia przysadkowego oraz w przypadkach „*distrophia adiposo genitalis*" posiadać może pewne znaczenie djagnostyczne. Według *Kestnera, Planta i Liebesny'ego* stwierdza się u tych chorych wybitne osłabienie swoisto-dynamicznego działania białka.

Co się tyczy otłuszczenia z powodu niedostatecznego działania gruczołów płciowych, to jak już wspomniano, mamy tu do czynienia z osłabioną spoczynkową przemianą materji.

Pomimo tak licznych i dokładnych pomiarów gazowej przemiany materji, jakie zostały w ostatnich czasach dokonane w pracowniach i klinikach całego świata w przypadkach otłuszczenia, nie zdołano jednak dojść do wniosku, że jest to właściwa droga, przy pomocy której bylibyśmy w stanie dokładnie różniczkować rodzaje otyłości. Niestety jeszcze dotąd badanie spoczynkowej przemiany materji w tych stanach patologicznych nie daje nam dokładnych danych, ani djagnostycznych, ani też prognostycznych; wreszcie nie może być także użyte, w szerszym zakresie, dla kontroli postępowania leczniczego.

Trudność owa polega przedewszystkiem na tem, że w stanach otłuszczenia przeważnie nie jest odpowiedzialny jeden, lecz zazwyczaj zespół wspomnianych tu gruczołów dokrewnych.

Co się tyczy zachowania spoczynkowej przemiany materji w innych stanach patologicznych, to jeszcze wspomieć muszę, że jest ona zwiększona w stanach gorączkowych (około 20%), a także po podaniu pozatrzewiowem obcego białka. W gruźlicy i to nawet często w przypadkach z małą gorączką lub bezgorączkowych, stwierdzamy

również dość często wzmożoną spoczynkową przemianę materji (*Szczevański*). Także w przypadkach „*hypertensio essentialis*", wzmożenie procesu spalania stwierdza się prawie z reguły, natomiast w przypadkach podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi z powodu schorzenia nerek, niezawsze (*Sterling-Okuniewski i Węgierko*). W nefrozach (nerczycach) stwierdzamy pewną skłonność do obniżania się spoczynkowej przemiany materji, w odróżnieniu od przypadków zapalenia nerek azotemicznych, (patrz wyżej) (*Sterling-Okuniewski i Węgierko*.)

Następnie należy podkreślić, że *Grafe* stwierdził wzmożoną spoczynkową przemianę materji w *splenomegaljach*, *Schwarz w żółtaczkacc hemolitycznych* ,inni znowu *w białaczkach i niedokrwistościach złośliwych*.

Co zaś dotyczy się zachowania spoczynkowej przemiany materji w cukrzycy, to uderza tu przedewszystkiem ogromna różnorodność poglądów rozmaitych autorów. Najrozleglejsze badania w tym kierunku prowadzili *Benedict, Joslin, R. Fitz, W. P. Murphy i S. Grand* oraz *Falta*. Podczas gdy *Falta* dochodzi do wniosku, że spoczynkowa przemiana materji u cukrzycowych zachowuje się zupełnie tak samo, jak u ludzi zdrowych, *Benedict i Joslin* są zdania, że jest ona zwiększona mniej więcej o 15%. Owa różnica w poglądach występuje nie z tego powodu, że różni autorowie posiłkowali się niejednakowemi sposobami badania, a zatem nie kryje się w samej technice badania, lecz jedynie w ocenianiu otrzymanych wyników. Nie wystarczy bowiem, stwierdzić większe zapotrzebowanie tlenu na jednostkę czasu i wagi chorego, aby sądzić o wzmożonem spaleniu, gdyż wynik należy bezwzględnie porównać z wynikiem otrzymanym u człowieka zdrowego tej samej płci, wieku i wagi. Należy również uwzględnić rodzaj pożywienia chorych, a przedewszystkiem ilość przyjmowanych pokarmów białkowych, które, jak wiadomo, (patrz wyżej) ogromnie wzmagają procesy spalania w ustroju. Bezwątpienia, że u chorego przekarmionego białkiem wytwarzanie ciepła będzie większe, niż u innego chorego żywionego przeważnie tłuszczem lub węglowodanami. *Falta* twierdzi, że autorowie amerykańscy dopiero co wymienionych warunków nie uwzględniali w stopniu dostatecznym i to musiało być według niego źródłem pomyłek.

Z chwilą odkrycia insuliny kwestja zachowania się spoczynkowej przemiany materji w cukrzycy stała się bardziej jeszcze aktualną, albowiem chciano się przekonać, jaki wpływ wywiera w tym względzie insulina i czy tą drogą nie będzie można ostatecznie rozstrzygnąć, jak się zachowuje w rzeczywistości spoczynkowa przemiana materji w cukrzycy.

Według danych zaczerpniętych z piśmiennictwa amerykańskiego ciężkie przypadki cukrzycy, nie leczone insuliną, wykazują przeważnie obniżoną spoczynkową przemianę materji. Pod wpływem zaś insuliny spocz. przem. mat. ma w tych przypadkach wyraźnie wzrastać. Według *Feyrtaga* zmniejszenie spocz. przem. mat. u ciężko cukrzycowych osiągali amerykanie jedynie dla tego, że chorych swych odżywiali skąpo białkiem; z chwilą podawania insuliny, zwiększali również i podawanie białka, a to głównie miało wpływ decydujący na wzmożenie się spocz. przem. mat. Z badań *Feyrtaga* wynika, że przy jednakowem odżywianiu chorych, niezależnie od podawania insuliny, wszyscy cukrzycowi bądź lżej, bądź ciężej chorzy, a nawet wybitnie zakwaszeni, wykazują zupełnie prawidłowe zapotrzebowanie tlenu, a zatem prawidłową spocz. przem. mat.

Feyrtag dochodzi do swych wniosków na zasadzie 3-ch zbadanych przypadków. Moje własne badania prowadzone jeszcze przed *Feyrtagem* na 8-iu przypadkach cukrzycy skłoniły mnie do wypowiedzenia odmiennego zdania. Sądzę, że spoczynkowa przemiana materji w cukrzycy zachowuje się nie jednakowo, że istnieją przypadki z prawidłową spoczynkową przemianą materji, a także i ze wzmożoną. Wzmożenie to występuje zazwyczaj w ciężkich przypadkach, często (lecz nie zawsze) z równoczesną acetonurją oraz ujemnym bilansem azotowym.

Jak wiadomo, w cukrzycy doświadczalnej u psów z wyciętą trzustką, ogólna i spoczynkowa przemiana materji jest wybitnie wzmożona. Jeżeli więc cukrzyca ludzka jest chorobą polegającą na niewydolności trzustki, to na zasadzie analogji należałoby dojść do wniosku, że i w cukrzycy ludzkiej mamy do czynienia ze wzmożoną przemianą materji, szczególnie zaś w przypadkach ciężkich.

Wzmożenie to zależy najprawdopodobniej od czynników rozmaitych, a mię-

dzy innemi także od stopnia nadczynności wątroby lub, jakby to brzmiało w ujęciu *O. Lövy'ego* od wzmożonej produkcji glikeminy. (W ciężkiej cukrzycy — wybitna nadczynność wątroby, acetonemja, acetonurja. *J. Węgierko.* Kwasica cukrzycowa i jej leczenie. E Wende. Warszawa 1927 r.), Wiemy przecież, że z chwilą zupełnego usunięcia wątroby spoczynkowa przemiana materji wybitnie się obniża, co potwierdzałoby do pewnego stopnia moje przypuszczenie, że wzmożenie spocz. przem. mat. jak również swoistodynamiczne działanie białka odbywa się poniekąd drogą wątroby.

Niektórzy autorowie sądzą, że wzmożona spocz. przem. mat. w cukrzycy zależy głównie od zakwaszenia ustroju (*Benedict i Joslin*). Z moich własnych doświadczeń wynika, że istnieją także przypadki cukrzycy, w których pomimo zakwaszenia stwierdzamy prawidłową spocz. przem. materji. Już *Benedict i Joslin* byli zdania, że niezawsze u ludzi zdrowych, przez dłuższy czas głodzonych, a zatem wydzielających większą ilość ciał acetonowych z moczem, przemiana materji bywa zwiększona, gdyż spostrzegali nieraz zjawisko wprost przeciwne t. j. wybitne obniżenie. Autorowie ci sądzą, że ustrój może się przyzwyczaić do większej ilości ciał acetonowych i aczkolwiek w pierwszych dniach spostrzega się zawsze wzmożenie procesów spalania, które mają występować wskutek podrażnienia zarodzi (protoplazmy) większą ilością ciał kwaśnych, to z czasem czynnik drażniący działa słabiej i spalanie odbywa się już w sposób prawidłowy. Opierają oni swoje wywody na następującem spostrzeżeniu: chory na cukrzycę przez dłuższy czas wydzielał 5.5 gr. i więcej kwasu βoksymasłowego i nie wykazywał znaczniejszego wzmożenia przemiany materji, niż człowiek zdrowy w pierwszych dniach głodzenia, wydzielający zaledwie 4.5 gr. tego kwasu. W tym samym sensie *Benedicta i Joslina* należy tłumaczyć fakt dobrze znany, że nagłe wystąpienie ciał acetonowych częściej prowadzi do śpiączki, niż powolne ich pojawienie się.

W badaniach własnych nie stwierdzałem jednak nigdy zwiększania się spoczynkowej przemiany materji już w pierwszych dniach pojawiania sią ciał acetonowych w moczu oraz nie mogłem zauważyć jej obniżania się po dłuższem trwaniu zakwaszenia.

Raczej przeciwnie, stwierdzałem zawsze zwiększoną spocz. przemianę materji u osobników, którzy właśnie czas dłuższy wydzielali ciała acetonowe, a nawet znajdowali się w stanie przedśpiączkowym. Pojawienie się więc ciał acetonowych w moczu nie jest jedynym warunkiem, prowadzącym do wzmożenia spoczynkowej przemiany materji, gdyż dopiero zakwaszony w znacznym stopniu ustrój wykazuje wzmożenie procesów spalania. Być może, że przemiana materji wzmaga się dopiero po znacznem wyczerpaniu rezerwy zasadowej we krwi.

Trudno mi w ramach niniejszego artykułu rozpatrzeć oraz krytycznie ująć całe piśmiennictwo, dotyczące się zachowania spocz. przem. mat. w cukrzycy. Jest to temat zbyt obszerny i dlatego odsyłam czytelnika do pracy mojej, umieszczonej w Polskiej Gazecie Lekarskiej Nr. 21, rok 1926; zresztą kwestja zachowania się pocz. przem. mat w cukrzycy nie posiada narazie większego znaczenia praktycznego.

Kończąc niniejszy artykuł muszę podnieść, że wspomniałem tu jedynie o najjaskrawszych danych, dotyczących tego zajmującego tematu. Celem moim było zaznajomić czytelnika z istotą spoczynkowej przemiany materji i wykazać, jakie znaczenie praktyczne może posiadać w dobie obecnej ten rodzaj badania klinicznego.

Wiele jeszcze pracy należy wykonać, aby określenie przemiany gazowej przyniosło klinice korzyść należytą, znajdujemy się bowiem dziś dopiero w przededniu tych badań fundamentalnych, które będą miały wybitne znaczenie zarówno dla rozpoznawania, jak i rokowania oraz leczenia rozmaitych schorzeń. Zbytnie nieraz, na pierwszy rzut oka, rozstrząsanie zagadnień teoretycznych nie jest bezkrytycznym sporem akademickim, gdyż ich rozwiązywanie jest jednocześnie zdobywaniem cennych cegiełek. z których powstanie w przyszłości wspaniały gmach wiedzy praktycznej, dla pożytku cierpiącei ludzkości.

Celem szczegółowego zaznajomienia się ze znaczeniem klinicznem określania spoczynkowej przemiany materji oraz techniką jej badania, polecam krótką i zwięzłą broszurę p. t. *Le métabolisme basal, ses applications en clinique par Claude Gautier et Rene Wolff. Gaston Doin et Cie Paris*, w której znajdzie czytelnik wykaz piśmiennictwa zarówno francuskiego,

jak i niemieckiego oraz angielskiego. W polskiem piśmiennictwie w kwestji tej zabierali głos następujący autorowie: *Laskowski, Węgierko, Sterling-Okuniewski i Węgierko, Szczepański, Gustaw Szulc, Siedlecki* oraz *Feigin*.

Syntetyczne leki nasercowe.

Leki syntetyczne są niezaprzeczenia hasłem doby obecnej. Wystarczy porównać spis środków leczniczych, powiedzmy z przed dwudziestu lat z nowoczesną farmakologją, aby się naocznie przekonać, jak wiele leków syntetycznych wzbogaciło nasz skarbiec terapeutyczny.

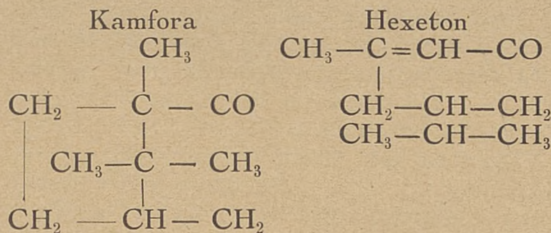
Jedynie w dziale leków nasercowych przewaga środków syntetycznych nie uwydatniła się. Doniedawna posługiwaliśmy się tu, jak ongiś, wyłącznie przetworami roślinnemi. Niewątpliwie i tu zaznaczył się spory postęp; wyodrębniono w stanie czystym składniki czynne, uprzystępniono je w postaci standardyzowanej, a więc o wiele odpowiedniejszej, niż dawniejsze nalewki i wyciągi; ale jednak były to w dalszym ciągu środki pochodzenia roślinnego, przeważnie o niewiadomej budowie chemicznej.

Dopiero względnie niedawno zjawiły się środki nasercowe syntetyczne, a mianowicie prawie jednocześnie hexeton, coramina i cardiazol. Środki powyższe rozpowszechniły się szybko, ale, jak można chociażby wnioskować z zapytań skierowywanych do naszej skrzynki redakcyjnej, nie wszyscy orjentują się dokładnie co do istoty i działania tych preparatów i dlatego może pożądane byłoby przytoczenie niektórych szczegółów i danych, zaczerpniętych z artykułu *G. Mouzon'a. „Les dérivès et le succèdannès hydrosolubles du camphre"* (*Presse medicale, 30.V.1928, Nr. 43.*)

Połączenia wyżej wspomniane zawdzięczają swe powstanie długoletnim i uporczywym poszukiwaniom chemików kamfory syntetycznej, względnie rozpuszczalnej.

Znikoma bowiem rozpuszczalność kamfory w wodzie, zmuszająca do używania roztworów oleistych, roztworów trudnych do wyjałowienia, powoli wchłaniających się, często drażniących i prowadzących do powstawania ropni stanowi największą wadę tego środka. Usiłowania więc szły przeważnie w kierunku uczynienia kamfory rozpuszczalną. Cel został osiągnięty i obecnie znajdują się na rynku preparaty kamfory sulfonowane i karboksylowane o dość dużej rozpuszczalności. Ponadto powiodło się wytworzyć kamforę syntetyczną, jednak produkcja jej nie opłaca się narazie.

Natomiast *Knoevenagel*, a następnie *Gottlieb* i *Schulemann* otrzymali izomer kamfory, coprawda również mało rozpuszczalny w wodzie, lecz rozpuszczający się za to dość dobrze w salicylanie sodu. Preparat ten otrzymał nazwę Hexetonu. Jest to ciało o wzorze kamfory, lecz o innem rozmieszczeniu.



Jest to więc 3 metyl — 5 izopropil — 2 — 3 cyklohexenon. Co się tyczy postaci, to jest to proszek krystaliczny, o charakterystycznym zapachu i gorzkim smaku. Stosowane są 10% rozczyny do wstrzykiwań podskórnych i 1% do wlewań dożylnych. Nie wywiera on podobnie jak kamfora wpływu na serce zdrowe, natomiast działa na krążenie i oddechanie w razie niedomogi sercowej o wiele szybciej i wydatniej niż kamfora, co skłoniło *Amakawa'ę* do nazwania go „wzmocnioną kamforą".

Doświadczalnie Hexeton działa już w stężeniu 1:50000 (Da Costa), a nawet 1:100000 (*Leschke*) podczas gdy kamfora dopiero w stężeniu 1:4000. Wpływ na oddech, jak wykazali *Gotlieb*, *Schulemenn* i *Meissner*, jest czterokrotnie większy niż kamfory. Hexeton, podobnie jak kamfora, pobudza układ współczulny i obniża pobudliwość nerwu błędnego. W doświadczeniach na zwierzętach okazało się, że Hexeton wznawia akcję serca bez różnicy, czy zatrzymało się ono w skurczu, czy też w rozkurczu.

Wzmaga on również ciśnienie krwi i zwiększa współczynnik oddechowy.

Klinicznie Hexeton może być stosowany wszędzie tam, gdzie wskazaną była kamfora, a więc w zapaści sercowej skutkiem wstrząsu, urazu, po zabiegach operacyjnych, podczas usypiania, w zatruciach, w chorobach zakaźnych i t. p.

W schorzeniach płucnych poza działaniem nasercowem występuje bardzo pożądany wpływ na narządy oddechowe w sensie wykrztuśnym i w sensie pogłębienia oddechów. W zapaściach podczas usypiania można Hexeton kombinować z lobeliną, a w zapadach sercowych z przetworami naparstnicy lub strofantu.

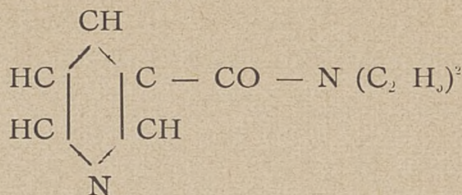
Cały szereg autorów podaje obecnie dobre wyniki otrzymane przy stosowaniu Hexetonu, jednak przyznać należy, że środek ten nie jest pozbawiony i cech ujemnych, u szczególnie wrażliwych wywoływać on może stany podniecenia, drżenie, a nawet drgawki. Wprowadzanie dożylne nie jest polecenia godne, gdyż może wywołać śmierć (przypadek *Schulz'a*). Również ostrożność jest wskazana przy stosowaniu tego środka u dzieci ze skłonnościami do drgawek.

Doustne lub doodbytnicze podawanie Hexetonu wywiera dość nikły efekt leczniczy i dlatego też bywa tylko rzadko stosowane.

* * *

Podobny w działaniu, aczkolwiek o odmiennej budowie chemicznej, jest inny środek syntetyczny, mianowicie Koramina. Chemicy szwajcarscy i niemieccy bowiem zaczęli poszukiwać środków o działaniu nasercowem, nie wzorując się na budowie kamfory. Jako wynik tych usiłowań powstała w Szwajcarji Koramina (*E.St.Faust*), a w Niemczech Kardiazol (*Schmidt*, *Hildebrand* i *Krebl*), o którym mowa będzie poniżej.

Koramina jest to pochodna pyrydyny a mianowicie dwuetylamid kwasu pyrydynkarbonowego.



Jestto gęsty, prawie bezbarwny płyn, o słabym smaku i zapachu, łatwo rozpuszczalny w wodzie. W użyciu jest jego 25% rozczyn, który może być stosowany podskórnie, dożylnie, domięśniowo i doustnie.

Doświadczalnie Koramina wzmaga pracę serca, zwiększa parcie krwi, wzmaga krążenie obwodowe i, podobnie jak Hexeton, wpływa dodatnio na oddychanie, niekiedy je nieco przyśpieszając. Atropina nie wywiera wpływu na działanie Koraminy. Ponieważ tylko bardzo duże dawki sprowadzają podniecenie, jest ona wygodniejsza w stosowaniu niż Hexeton lub kamfora. Również jest ona odpowiedniejszą, niż te środki u chorych z wzmożonem parciem krwi i u nerkowców, gdyż tylko nieznacznie podnosi ciśnienie krwi. Działanie jej wykrztuśne może być szczególnie cenne u gruźlików, gdy chodzi o wydobycie większej ilości plwociny. Na stany niemiarowości serca nie wykazuje koramina żadnego wpływu.

Spostrzeżenia kliniczne co do tego środka brzmią wszystkie bardzo pomyślnie, podkreślić należy, że nie zanotowano dotychczas wypadku śmierci po zastosowaniu koraminy.

Co do dawkowania, to do wlewań dożylnych zwykle wystarcza 1 c. sz. względnie 2 cm. sz., a od 1 do 3 cn. sz. przy wstrzykiwaniu domięśniowem lub podskórnem. Działanie występuje w 1 — 2 minuty po wprowadzeniu dożylnem; w 4—6 minut po podskórnem. Szczyt działania przypada na 20, względnie 30, minutę po zastosowaniu. Koramina może być kombinowaną z naporstnicą i może być podawaną czas dłuższy, gdyż nie powstaje, ani przyzwyczajanie się, ani nie zachodzi obawa działania zbiorowego (kumulacji).

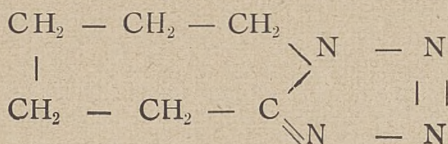
Podawana doustnie w dawkach od 25 do 70 kropel tylko zrzadka wywołuje ona dolegliwości żołądkowe, a może być z pożytkiem łączona z preparatami na-

parstnicy i strofantu, przyczem podług *Petschacher'a* szczególnie uwydatnia się jej wpływ na diurezę.

Szczególnie odpowiednim jest ten środek u chorych psychicznych (*O. Wuth*) i jako środek zapobiegawczy niedomogom sercowym przed zabiegami chirurgicznemi (*W. Fritz*).

* * *

Trzeci środek syntetyczny, wyżej już wspomniany kardiazol wprowadzony przez *Schmit'a, Hildebrand'a i Krehl'a* posiada zupełnie odmienną budowę chemiczną. Jestto pentamethylentetrazol o wzorze:



W stanie czystym kardiazol jest białym krystalicznym proszkiem bez smaku i zapachu, bardzo łatwo rozpuszczalnym w wodzie.

Jak wykazały badania doświadczalne *Hildebranda, Vosz'a, Eichler'a i Stross'a* działanie kardiazolu pokrywa się prawie w zupełności z działaniem kamfory. Największą jego zaletą jest ogromna szybkość występowania efektu leczniczego; do tego stopnia, że wprowadzenie podskórne i dożylne co do szybkości wyniku prawie nie wykazują różnicy.

Podany doustnie kardiazol również działa szybko, dawka doustna nie powinna być większa niż dwukrotna, a najwyżej czterokrotna dawka dożylna. Jak w powyżej omówionych środkach i tu nie grozi ani kumulacja, ani przyzwyczajenie się do leku.

Kardiazol najczęściej bywa stosowany podskórnie w 10% rozczynie po 1 cn. sz. Wstrzykiwanie sprawia lekkie pieczenie, czemu można jednak w pewnej mierze zapobiec. W przypadkach wyjątkowych można wstrzyknąć kardiazol dożylnie, natomiast dosercowe wprowadzenie tego środka pozostaje bez wyniku (*Rausche, Holms i Eggers*).

Wskazania są te same, co dla kamfory, koraminy i hexetanu; jednak *Pichler i Hemmerling* polecają kardiazol doustnie zapobiegawczo przed grożącem napadem dusznicy bolesnej. Szczególnie wybitny jest wpływ kardiazolu na ośrodek oddechowy, co stanowi o jego zalecie jako środka bardzo cennego w schorzeniach płucnych.

Podług badań doświadczalnych *Asher'a* granica pomiędzy dawką leczniczą, a toksyczną jest dla kardiazolu mniejszą o wiele niż dla koraminy, coby do pewnego stopnia wskazywało na konieczność zachowania pewnej ostrożności w stosowaniu, tembardziej, że opisano przypadki występowania drgawek po kardiazolu, a nawet u dziecka skłonnego do kurczów zejście smiertelne.

Jest to jednak pomimo wszystko środek o wielkich zaletach, zwłaszcza w ciężkich zapaściach. Opisano niejednokrotnie przypadki bardzo ciężkiej zapaści i niedomogi sercowej, po operacjach, bez tętna, wprost w agonji, gdzie wszystkie możliwe środki zawodziły, a po kardiazolu tętno wracało i umożliwiło dalsze energiczne ratowanie, uwieńczone pomyślnym skutkiem.

* * *

Jak widać z powyższego, nie ulega wątpliwości, że syntetyczne środki wydatnie wzbogaciły arsenał leków nasercowych, zwłaszcza o działaniu doraźnem, natychmiastowem. Są to jednak środki, co do których klinika jeszcze nie wyrzekła ostatecznego zdania, wobec czego nie można dziś mówić o przewadze jednego, czy drugiego z nich. Pamiętać jednak należy, i to dla lekarza praktyka jest rzeczą szczególnie ważną, że są to środki silnie działające, a więc wymagające rozważnego stosowania, a przedewszystkiem bardzo ścisłego i ostrożnego dawkowania, gdyż pewne niedbalstwo w tym kierunku wzorowane na dotychczasowem stosowaniu olejku kamforowego wobec bardzo szybkiego, wprost natychmiastowego działania może być w skutkach swych fatalne.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Niedomoga wielogruczołowa po przebytem nagminnem zapaleniu przyusznic z powikłaniem pod postacią zapalenia jądra. J. Huber. *Soc. méd. des hôp. N. 8. 1928.*

Autor przytacza historję choroby chorego lat 26, który przebył przed 9-ciu laty nagminne zapalenie przyusznic oraz zapalenie jądra prawego na tem samem tle, w następstwie czego jądro uległo zanikowi. Chory zaczął tyć, skarżył się na bicie serca, poczem wystąpiły i inne dolegliwości, które z czasem złożyły się na następujący, powikłany obraz chorobowy: wysokość chorego 1 metr 60 cm przy znacznem skrzywieniu kręgosłupa (kyphosis), które skróciło właściwą wysokość o 9 — 10 cm. Waga ciała 85 kg. Lekki wytrzeszcz oczu wywołany prawdopodobnie tylko krótkowidztwem, znaczne uwłosienie z ichtyosis oraz skórne rozstępy; przyspieszenie akcji serca i wzmożone parcie tętnicze do 21 cm Hg. (*Vaguez-Laubry*); zanik popędu płciowego. Nadto chory skarży się na bardzo znaczne, ogólne osłabienie, oraz bóle w okolicy krzyżów, w kończynach dolnych i barkach; bez zmian w stawach, przy zachowanych odruchach. Bóle te znikają przy spoczynku, pojawiają się po ruchach. Wreszcie chory skarży się na uporczywe zaparcie stolca. Badanie moczu oprócz obecności niewielkiej ilości białka (0.08°/₀₀) wykazuje skąpy osad, zmniejszenie się ilości fosforanów, mocznika, amoniaku oraz wskaźnika zakwaszenia. We krwi azot w ilości 0.15%, odczyn *Wassermanna* i *Hechta* ujemny. Prześwietlenie prom. Rentgena czaszki, kręgosłupa i kończyn nie wykazało żadnych zmian oprócz wspomnianej kyphosis, Chorego leczono już poprzednio wyciągami gruczołów wkrewnych, w szczególności zaś tyreoidyną, po której chory chudł, ale skarżył się na gwałtowne bicie serca, ogólne osłabienie i zaburzenia wzrokowe, nadto podawano wyciąg z nadnercza, z przysadki mózgowej, oraz wstrzykiwano orchitynę. Autor stosował kombinację z wyciągu przysadki, małej ilości tyreoidyny oraz dwutlenek manganu bez widocznego skutku. Podobnie bez skutku pozostały środki uspakajające, czynna surowica byków, diatermja, jod z tyreoidyną. Autor sądzi, że bóle, na które chory się skarży, są pochodzenia współczulnego wskutek braku dostrojowego wpływu gruczołów dokrewnych na układ wegetatywny.

Obrzęk zapalny i „cellulitis" u osobników młodych. J. Komby. *Soc. méd. des hôp N. 9. 1928.*

Autor przytacza trzy historje chorób:

1. Chłopak 3½ letni, ze zdrowej rodziny i sam zdrów dotychczas, zapadł na grypę z ciepłotą do 38.5°C, lekkim kaszlem i zaczerwienieniem gardła. Po dwu dniach obrzęk niezapalny nad prawym łokciem, który niebawem znika, a na jego miejscu pojawia się pokrzywka. Do niej dołącza się głęboki obrzęk uda lewego i równocześnie czerwone, małe guzki na obu udach, bez zmian i bólów w stawach. 5-tego dnia choroby obrzęk ręki, który po dwu dniach znika razem ze wspomnianemi guzkami, równocześnie spada też gorączka i grypa ustępuje. Po trzech dniach pogorączkowych pojawia się na głowie, w części owłosionej bolesny obrzęk, a w dzień później plamki wybroczynowe umiejscowione tylko na obu nogach. Autor sądzi, że te objawy purpura odnieść należy do zbyt wczesnego wstania z łóżka młodego pacjenta i nazywa je *„Purpura orthostatica"*. Ta *„purpura orthostatica"* zawdzięcza swe powstanie zmianom w krążeniu i zaburzeniom naczynioruchowym, wywołanym przez przebytą grypę. Rokowanie dobre.

2. Pacjent lat 22, champion tennisa, skarży się na lekki ból i utrudnienie ruchów w pachwinie. Autor stwierdził drobną guzkowatość w okolicy pachwiny, a zwłaszcza na części przedniej i przednio-wewnętrznej uda na wysokości pachwiny. Okolica ta jest lekko bolesna, brak zaczerwienienia skóry, i powiększenia sąsiednich gruczołów. Chodzi tu o drobne wylewy podskórne i nadpowięziowe, o podostre zapalenie tkanki wywołane zbyt intensywnem ćwiczeniem sportowem; autor nazywa je *„cellulitis"*. Po upływie tygodnia przy zachowaniu spokoju i wilgotnych, gorących okładów sprawa chorobowa całkowicie zniknęła.

3. Pacjent, lat 18, po znacznych wysiłkach fizycznych zgłosił się do autora z powodu obrzęku zapalnego uda prawego, przedstawiającego typowy niemal obraz flegmony, jednak bez zajęcia dróg chłonnych. Lekarz, który badał poprzednio chorego, chciał go skierować do chirurga celem operacji. I ta *„cellulitis profunda"* po paru dniach bez śladu zniknęła pod wpływem spokoju i okładów. Autor podkreśla brak objawu chełbotania, miejscowego podwyższenia ciepłoty skóry i samoistnych bólów brak gorączki, natomiast dobre samopoczucie.

O niebezpieczeństwie leczenia arsenobenzolem kiły u chorych na gruźlicę. R. Marcland. *Soc. méd. des. hôp. nr. 11, 1928.*

Autor przytacza dla przykładu dwa przypadki kiły u gruźlików, u których pod wpływem leczenia nowarsenobenzolem doszło do rozwoju gruźlicy płuc i następnie do śmierci. W przypadku drugim pierwsze leczenie rtęcią chory zniósł bardzo dobrze, przyczem objawów klinicznych gruźlicy nie stwierdzono, dopiero leczenie nowarsenobenzolem w dwa lata później wywoływało stałe podwyższenie ciepłoty ciała i w następstwie rozwój gruźlicy.

Autor podkreśla, że związki arsenu posiadają zdolność wywoływania przekrwień tkanki płucnej i uczynniania utajonych ognisk gruźliczych. Nawet połączenia kakodylowe, arrhénal, liquor Fowleri może sprowadzić pogorszenie stanu chorobowego płuc, co oddawna jest znanem i dlatego połączenie arsenu

są przeciwwskazane u osobników dotkniętych gruźlicą, o ile gorączkują lub plują krwią. Nawet niektórzy gruźlitycy nie gorączkujący wykazują podwyżki ciepłoty po kilku wstrzykiwaniach arszenikowych.

Autor przestrzega przeto przed stosowaniem leczenia arsenem kiły u chorych, którzy gorączkują po wstrzyknięciach lub chudną i zaleca dokładne badanie płuc wszystkich tych, których ma się leczyć arsenem. W razie istnienia sprawy gruźliczej należy stosować rtęć lub bismut. Autor zauważa, że nawet w sposób niedostateczny leczona kiła nie zabija, natomiast nawet energiczne i staranne leczenie gruźlicy nie zawsze chroni przed śmiercią.

Przypadek ostrej białaczki. Voizard, Baize i Lervy. *Soc. méd. des. hôp. nr. 11, 1928.*

Chory lat 21 dobrze zbudowany zgłosił sie dnia 24 listopada 1927 z dolegliwościami pod postacią bólu w lewem podżebrzu od początku listopada oraz krwotokami z dziąseł powtarzającymi się i dość obfitemi. Badanie fizykalne wykryło wybroczynki drobne na nogach, śledziona na 3 palce niżej łuku żebrowego, zbita i nieco tkliwa, wątroba na 2 palce niżej łuku żebrowego. W opłucnej lewej nieco krwawego płynu, w płucach objawy nieżytu oskrzeli; gruczoły chłonne, zwłaszcza pachowe, znacznie powiększone, twarde i niebolesne; rękojeść mostka tkliwa. Mocz bez składników patologicznych. We krwi niedokrewność (3,900,000 cz. ciałek 70% Hb. anisocytoza, pojkilocytoza, polychromatofilja) liczba ciałek białych w czasie choroby: 29.XI — 720,000, 2.XII — 1,030,000, 8.XII — 1,010,000. 13.XII — 1.000,000, w tem: komórek niezróżnicowanych 56—84% (wielkie komórki o dużem, okrągłem jądrze z wakuolami i wązkiem zasadochłonnem pierwoszczem bez granulacji), komórek jednojądrzastych 12 - 33%, wielojądrzastych (obojętno-zasado-i kwasochłonnych) 4.4—8.0%, myelocytów 0.3—1.0%, ciałek czerwonych jądrzastych 0.2 — 4%. Czas krwawienia 38 minut, krzepnienia 8 minut, ilość płytek 20,000 w 1 mm³. Hodowla krwi pozostała jałowa. Rozpoznanie: białaczka ostra typu limfatycznego. W czasie przebiegu ciepłota utrzymywała się około 38°C i 39°C, powtarzały się krwotoki z dziąseł, oraz napadowo występowały wybroczyny w skórze, później agonja i śmierć wśród objawów zapadu, mniej więcej po 6 tygodniowej chorobie. Badanie pośmiertne wykazało: dużą śledzionę (2 kg.) i wątrobę (4 kg.), nieco krwawego płynu w jamach opłucnych, osierdzia i otrzewnej, nerki duże. W śledzionie stwierdzono bliznę około 6 cm. długą, dwa zawały (dawne) i dwa zwapniałe gruzełki, grasica 100 gr. Badanie drobnowidowe wykazało: znaczne nacieczenie narządów przez niezróżnicowane komórki, w szczególności zaś śledziony, gruczołów, grasicy, szpiku kostnego. Autorowie podkreślają rzadko spotykaną liczbę ciałek białych (do 1,030,000), dużą jak na ten typ schorzenia śledzionę oraz zmiany gruźlicze, którym niektórzy autorzy przypisują rolę w genezie ostrej białaczki.

Astenja wywołana podawaniem teobrominy. A. Ricaldoni. *Soc. méd. des. hôp. nr. 11, 1928.*

Autor wspomina na początku swej pracy o znanym objawie nie znoszenia teobrominy, jakim jest ból głowy, który według autora jest wskaźnikiem do zaprzestania podawania teobrominy. Często bowiem dalsze podawanie tego środka przyczynia się do wywołania napadu apopleksji u chorych ze wzmożonem parciem krwi. Dalszem, znanem, przeciwwskazaniem do podawania teobrominy są zaburzenia żołądkowe (brak apetytu, bóle w nadbrzuszu, nudności i wymioty) i często w tych wypadkach stale pogarszający się stan chorego ulega znacznej poprawie po odstawieniu teobrominy. Autor podkreśla też korzystne działanie moczopędne tego środka w przypadkach miażdżycy nerek lub ich zapalenia przewlekłego, kiedy mamy do czynienia nie tyle z oligurją o moczu ciemnym, nasyconym, ile z oligurją względną, o moczu jasnym.

Właściwym tematem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi na astenję, ogólne osłabienie, które występuje u niektórych chorych wskutek podawania teobrominy. Podkreślić przytem należy, że ten objaw występuje samodzielnie, tj. bez poprzednio wymienionych objawów nieznoszenia omawianego środka. Osłabienie to może tak daleko postąpić, że przypomina ostatnie okresy choroby *Addisona*. Chory jest niezdolny do żadnego wysiłku i szuka tylko łóżka. Przerwa w podawaniu teobrominy usuwa rychło astenję, podczas gdy ponowne podawanie jej wywołuje ten sam objaw na nowo. Występowanie tej postaci nieznoszenia teobrominy jest naogół sprawą rzadką i nie zależy od choroby zasadniczej, gdyż w spostrzeżeniach autora chodziło o osobników naogół silnych ze wzmożonem parciem krwi o typie przewlekłym, ze zmianami chorobowymi w tętnicy głównej, lub bez tych powikłań.

Autor podaje, że związki pokrewne teobrominie wywołują podobne objawy, jedynie diuretyna zdaje się być wyjątkiem, co zawdzięcza uspokajającemu działaniu kwasu salicylowego na ośrodki nerwowe. Prawdziwe tłomaczenie istoty i powstanie astenji poteobrominowej jest dziś nieznane. Autor szczegółowych badań w tym kierunku jeszcze nie przeprowadził, przytacza natomiast pracę *Pelita i Gisarda*, dotyczącą wpływu teobrominy na nabłonek plexus chorioideus (podobny, jak wpływ na nabłonek nerkowy), wskutek czego występują pod wpływem teobrominy różnice parcia płynu mózgowo-rdzeniowego

O leczeniu ropnych zapaleń opłucnej na tle gruźliczem. Leon-Kindberg. *Soc. biol Nr. 13 1928.*

Autor jest przeciwny metodzie „wyczekiwania” w ropnych, gruźliczych zapaleniach opłucnej, gdyż te zapalenia zawsze prowadzą do wtórnego zakażenia drobnoustrojami ropnymi i do wytworzenia się przetoki, o ile śmierć nie nastąpi wcześniej. Podobnie jest autor przeciwny metodzie chirurgicznego otwierania opłucnej, gdyż ta metoda równa się najczęściej utworzeniu przetoki, czego należy raczej unikać, następnie autor omawia inną metodę leczenia, podaną przez *Bernou* i polecana między innymi przez *Riola i Küssa;* polega ona na wypełnieniu jamy opłucnej oliwą z gomenolem (środek antyseptyczny). Metodę tę polecano przedewszystkiem przy leczeniu gruźlicy płuc, gdyż oliwa zapobiega tworzeniu się zrostów opłucnych, tak często powstających przy stosowaniu odmy sztucznej. Autor rozpatruje trzy ewentualności w ropnych zapaleniach opłucnej. Pierwsza możliwość to przetoka płucno-opłucnowa. W tych przypadkach stosowanie oliwy z gomenolem do jamy opłucnej (oleothorax), to stworzenie nowych mąk dla chorego, któremu ustawicznie oliwa wydziela się do płuc, oskrzeli, tchawicy i do ust. Autor jest zwolennikiem leczenia chirurgicznego,

polegającego na ucisku płuca przez wycięcie odpowiednich odcinków żeber (thorakoplastyka), przyczem podkreśla, że metoda ta utraciła obecnie dawne cechy ciężkości. Druga możliwość to wtórne zakażenie wysięku przez pyokokki. W tych przypadkach leczenie zapomocą „oleothorax" było mniej korzystnem według autora od dawnego sposobu postępowania, polegającego na opróżnianiu jamy opłucnej z ropy i wypełnianiu gazem. Trzecia możliwość, to zwyczajne zapalenie ropne opłucnej bez przebicia opłucnej. I w tych przypadkach leczenie zapomocą opróżnienia opłucnej z ropy za pomocą dość cienkiej igły (dostatecznej jednak dla przejścia ropy) i następnie wypełnienia gazem (powietrzem lub azotem) dało autorowi bardzo dobre wyniki. Autor pokreśla, że konieczność stałej kontroli lekarskiej, konieczność częstych zabiegów stanowią pewną przeszkodę i utrudnienie leczenia, co skłania wielu chorych i lekarzy do stosowania oliwy dla wypełnienia jamy opłucnej, nie mniej jednak autor pozostaje wierny dawnej metodzie , którą stale stosuje

Zapalenie wielostawowe na tle gruźliczem, przypominające gościec stawowy. F. Besancon, E. Bernard i Célice.

Soc. méd. des hop- Nr. 13, 1928.

Autorowie przytaczają historję choroby dotyczącą chorego na zapalenie wielostawowe na tle gruźliczem typu, opisanego przez *Ponceta, Donneta, Gublera i Powela*. Autorowie podnoszą wielką zasługę *Ponceta*, lecz czynią mu zarazem zarzuty, że uzależnił powstanie tych zmian stawowych od jadów gruźliczych, a nie od prątka gruźliczego tak, jak się rzecz ma w istocie.

Chory ten przebył trzy napady zapalenia stawów, cechujące się bólami w większych stawach kończyn i w kręgosłupie, niemożnością wykonywania ruchów w tych stawach, wysoką gorączką (40° C.). Pierwszym razem leczony był przez 8 miesięcy, drugim razem jeszcze dłużej zapomocą salicylu (który nie dawał żadnej prawie ulgi) septiceminą, jodaseptyną, wstrzykiwaniami Dmegonu oraz kąpielami Z powodu trzeciego napadu zgłosił się do kliniki Uniwersyteckiej, przy Szpitalu Św. Antoniego. Tym razem ciepłota dochodziła do 38° C., kolano lewe i prawe, staw skokowy lewy bardzo bolesny i obrzękły. W narządach wewnętrznych żadnych zmian nie stwierdzono, mocz składników nieprawidłowych nie zawierał. Chorego leczono dużemi dawkami salicylanu sodu (8 później 10 gr. dziennie) bez skutku. Po 3 miesiącach ciepłota podgorączkowa, czasem jednak dochodziła do 38.8° C. Niebawem nowy skok choroby z ciepłotą do 40° C. i znacznemi wychyleniami; zajęcie stawów biodrowych bardzo bolesne. później nawrót w kolanie lewem. Dopiero w miesiąc później chory opuścił klinikę. W czasie pobytu w klinice kilkakrotne prześwietlanie stawów zapomocą promieni Rentgena zmian szczególnych nie wykazało oprócz zmian gruźliczych 6 kręgu szyjnego. W początku pobytu w klinice dokonano nakłucia stawu kolanowego prawego i wydobyto płyn cytrynowo-żółty zawierający nieco krwinek oraz 60% komórek wielojądrzastych obojętnochłonnych i 40% limfocytów, badanie osadu na obecność prątków Kocha dało wynik ujemny; wstrzyknięto płyn dwom świnkom morskim, które jednak niebawem po wstrzyknięciu zginęły z przypadkowej przyczyny. Nieco płynu rozlano na pożywkę stałą (kartofle glicerynowane) według metody *Veltera*. Pożywka długi czas pozostała jałową i dopiero po upływie 4 miesięcy stwierdzono na niej (pozostawionej przez zapomnienie w cieplarce) obecność kolonji prątków gruźliczych.

W przypadku powyższym, bardzo charakterystycznym, uderza obraz chorobowy odpowiadający klinicznie przebiegowi gośćca stawowego z powtarzającymi się napadami, w którym rozwinął się wreszcie proces gruźliczy typowy 6 kręgu szyjnego, podczas gdy w płynie zapalnym, wydobytym ze stawu kolanowego wykazać można było obecność prątków Kocha; leczenie salicylanem pozostało bez skutku. Autor podkreśla różnice między zapaleniem gruźliczem stawów typu Ponceta a gośćcem wielostawowym. Pierwsze posiada większą skłonność do uporczywości, nie podlega zupełnie lub niewiele leczeniu zapomocą salicylanów, (to ostatnie jest bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym, stosować należy jednak duże dawki salicylu), nie daje powikłań ze strony serca. Autor rozpatruje patogenezę tego cierpienia, zastanawiając się, dlaczego prątek *Kocha* daje raz zmiany stawowe zapalne, wysiąkowe, (typ Ponceta), innym zaś razem niszczy tkankę kostną, dając obraz procesu serowacenia. Jedna z teorji usiłujących wytłomaczyć ten fakt opiera się na objawie *Kocha*. A mianowicie: umiejscowienie się prątka gruźliczego w stawie osobnika, będącego w okresie allergji, wywołuje odczyn zapalny, przekrwienie i wysiąk, tak jak to w doświadczeniu wykazano dla jam surowiczych, płuca i t. d., natomiast przy braku allergji powstaje proces serowaciejący. Postać pierwsza (typ Ponceta) byłaby reakcją ustroju wrażliwego na tuberkulinę, reakcją wczesną w przeciwieństwie do postaci drugiej, późnej, serowaciejącej. Autorzy podnoszą jednak, że spostrzeżenia kliniczne wykazują nieraz współistnienie obu postaci, czego allergją ogólną tłomaczyć nie można. Należy przeto przyjąć raczej istnienie allergji, nadwrażliwości miejscowej. W końcu autorzy przytaczają argumenty przemawiające za tem przypuszczeniem.

Zapalenie wielostawowe i zapalenie tęczówki u chorego na gruźlicę płuc. F. Besançon i A. Jacquelin.

Soc. méd. des hôp. Nr. 13. 1928 r.

Chory lat 20, zgłasza się ze skargami na bóle w stawach, zwłaszcza w kolanach, oraz na stałą utratę wagi ciała. Szczególnie bóle są tak dokuczliwe, że chory nie może sypiać. Raz miał mieć (przed 3 tygodniami) gorączkę do 39°, i wówczas stwierdzono „przekrwienie szczytu prawego płuca". Badanie w klinice Uniwersyteckiej wykazało: chory blady, anemiczny z zanikiem mięśni, ciepłota 36.4—37.3° C, parcie krwi 10—7 cm. Hg. (Pachon), tętno 90. Nad szczytem prawym przytłumienie i osłabienie szmerów oddechowych, prześwietlenie prom. Rentgena wykazało zaciemnienie okolicy podobojczykowej i prawdopodobnie małą jamę gruźliczą. Stawy kończyn górnych nieobrzękłe, lekko bolesne, dolnych kończyn podobnie; tylko stawy kolanowe silnie obrzękłe zawierają płyn, Prześwietlenie stawów zapomocą prom. Rentgena wykazało dobrze zachowaną strukturę kości. Badanie oczu wykazuje zapalenie tęczówek typu gośćcowego. Badanie krwi: niedokrwistość (3700000 cz. ciałek), wielojądrzastych 77%, limfocytów 18%, jednojądrzastych 4.5%, eozynochłonnych 0.5%. W płynie wydobytym ze stawu stwierdzono: wielojądrzastych 82%, limfocytów 18%, a później wielojądrzastych 69%, limfocytów 31%. Badanie płynu na obecność prątków Kocha z wynikiem ujemnym (badanie bezpo-

średnie i na świnkach morskich). Odczyn Pirqueta silny, na tuberkulinę dodatni w rozcieńczeniu na $^{1}/_{100.000}$, $^{1}/_{50.000}$ i $^{1}/_{30.000}$, odczyn odchylenia dopełniacza w surowicy krwi według Besredki, z antygenem metylowym oraz odczyn Wa ujemne. W czasie przebiegu stwierdzano pogorszenie stanu płuc w postaci skoków ciepłoty z odpluwaniem plwociny zawierającej prątki Kocha. Równocześnie z pogarszaniem się lub polepszaniem stanu chorobowego płuc występowały silniejsze b.le i obrzęki stawów oraz ulegał zmianom też stan zapalny tęczówki. Ulgę choremu przynosiło podawanie salicylanu sodu, który zmieniono na 2.5 gr. aspiryny dziennie wobec zaburzeń żołądkowych Wstrzyknięcie 1 cm rozczynu $^{1}/_{100.000}$ tuberkuliny wywołało znaczne pogorszenie stanu stawów, a wstrzykniecie 1 ccm rozczynu $^{1}/_{300.000}$ wywołało nadto pogorszenie zapalenia tęczówek oraz żywy odczyn skórny, podczas gdy ta sama dawka tej samej tuberkuliny wstrzyknięta 60 innym gruźliczym żadnej reakcji nie spowodowała. Chorego leczono oprócz salicylanami, także autohemoterapją z dość dobrym skutkiem. Próba odczulenia ustroju chorego zapomocą tuberkuliny nie powiodła się, a nawet wywołała krwioplucie. Natomiast objawy ze strony stawów zniknęły po założeniu odmy sztucznej na płuco prawe wobec szybko szerzącego się procesu gruźliczego.

Autorowie podnoszą w powyższym przypadku wpływ pogorszenia się gruźlicy płuc na objawy ze strony oczu i stawów oraz nadzwyczajną wrażliwość na tuberkulinę. Co do natury schorzenia stawów odrzucają tło gośćcowe przedewszystkiem dlatego, że skutek działania salicylatów był niezupełny, a następnie zmiany gośćcowe nie pogarszają się równolegle ze stanem gruźlicy płuc, pod wpływem tuberkuliny. Nie chodzi tu też o zmiany stawowe analogiczne do zmian w chorobie posurowiczej, które *Besancon, i de Jong,* oraz *Besancon, de Gennes i M. P. Weil* opisywali, gdyż tamte zmiany były przelotne, występowały z białkomoczem i eozynofilją u chorych na zapalenie opłucnej w okresie zdrowienia lub po podskórnem wprowadzeniu płynu (autoseroterapja). Autorzy skłaniają się w końcu do przyjęcia gruźliczej natury zmian stawowych, mimo ujemnego wyniku badania płynu, wydobytego ze stawu kolanowego, a to opierając się na wrażliwości stawów na tuberkulinę, na współczesnych wahaniach stanu stawów i stanu płuc oraz na skuteczność leczenia odmą sztuczną. Niemniej autorzy sądzą, że nie chodzi tu o „czysty" proces stawowy na tle gruźlicy. Wreszcie autorzy zwracają uwagę na możliwości terapeutyczne gruźliczych zapaleń stawów typu Ponceta przy uwzględnieniu autohemoterapji oraz odwrażliwiania zapomocą tuberkuliny.

W dyskusji: *Paisseau* przytacza przypadki zapaleń ostrych wielostawowych na tle gruźliczem po *pneumonia caseosa* po zapaleniu osierdzia, oraz przypadki gruźliczych zmian stawowych (ze zniszczeniem tkanki kostnej) współistniejących ze zmianami dnawemi. *Dufour* uznaje tylko te przypadki za istotne zapalenie gruźlicze, w których wykazać można prątki Kocha i sądzi, że później często wytwarza się *tumor albus*. *De Massary* przytacza przypadek zapalenia wielostawowego z bólami głowy, który uważano za sprawę gośćcową, po paru miesiącach wytworzył się *tumor albus* i chory zmarł na gruźlicze zapalenie opon mózgowych, co sekcyjnie potwierdzono. *Grenet* opierając się na statystyce odczynu Pirqueta u chorych na gośćcowe zapalenie stawów sądzi, że wprawdzie gościec niema nic wspólnego z gruźlicą, to jednak znacznie łatwiej rozwija się na terenie gruźliczym. *Besancon* podkreśla odrębność natury gośćcowej od gruźliczej w zmianach stawowych i zgadza się z *Dufourtem*, że często powstaje *tumor albus*, często jednak zmiany te mają cechy tylko zapalne, wysiękowe.

Z. Gorecki.

PEDJATRJA.

Leczenie krztuśca podskórnemi wstrzykiwaniami tlenu *in statu nascendi.* **M. G. Mary.** *Bull. Soc. de Ped. Nr. 2, 1928.*

Autorowie stosowali w krztuścu podskórne wstrzykiwania tlenu. Dawki wynosiły 100—200 cm. co drugi dzień. Leczenie rozpoczynano z chwilą wystąpienia typowego krztuścowego kaszlu. Zupełne wyleczenie otrzymywano po 10 — 2) dniach od chwili rozpoczęcia leczenia. Bardzo szybko zauważono stopniowe zmniejszenie się ilości napadów, słabsze ich nasilenie; dzieci przestają zanosić się, wymiotować, stan ogólny się poprawia. Wszystkie przypadki w ten sposób leczone przebyły krztusiec bez powikłań; w szczególności nie spostrzegano takowych ze strony narządów oddechowych. Autorowie uważają powyższy sposób leczenia, wprowadzony do nauki przez *Chatinière'a* za doniosłą zdobycz w walce z krztuścem.

W sprawie wrodzonej zimnicy. Langeron et Von Nitsen. *Bull. Soc. de Ped Nr. 2, 1928.*

Zdania autorów co do częstości, a nawet istnienia wrodzonej zimnicy, były dotychczas sprzeczne. O ile niektórzy znajdowali niejednokrotnie u noworodków odnośne pasorzyty we krwi, większość badań tych nie mogła potwierdzić. Znajdowali oni coprawda u 30% chorych na zimnicę ciężarnych pasorzyty w łożysku, natomiast nie mogli nigdy ich wykryć we krwi pępowiny. Autorzy zajęli się systematycznemi badaniami w tym kierunku w kolonjach francuskich, nawiedzonych przez zimnicę. Wśród 5-ga dzieci martwo urodzonych stwierdzili oni w 3-ch przypadkach schizonty w śledzionie. Wśród noworodków żywych u 15-ga znaleźli oni pasorzyty we krwi pomiędzy 1-ym a 11-ym dniem życia pozapłodowego. Mieli oni tutaj niewątpliwie we wszystkich przypadkach do czynienia z zimnicą wrodzoną, a nie nabytą, gdyż okres wylęgania zimnicy wynosi najmniej 15 dni. Tak więc zimnica matki ciężarnej bardzo często udziela się potomstwu.

Leczenie krzywicy i tężyczki naświetlaną ergosteryną. Rohmer, Woringer i Andersen. *Bull. Soc. de Ped. de Paris Nr. 3 1928.*

Autorowie stosowali naświetlaną ergosterynę w postaci vigantolu (nazwa sprzedażna preparatu niemieckiej firmy Merck). Potwierdzili oni zdanie innych autorów co do skutecznego wpływu preparatu na przebieg krzywicy. Dawka lecznicza wynosiła dwa razy dziennie po 5 kropel, co odpowiada 4 gr. ergosteryny dziennie. Już po 5—6 dniach zauważa się narastanie fosforu we krwi, wkrótce potem można zauważyć na obrazie Rentge-

nologicznym poprawę stanu kośćca; cofają się też objawy kliniczne, jak np. craniotabes. Wraz z tem poprawia się stan ogólny dziecka, a po 3—6 tygodniach otrzymujemy całkowite wyleczenie. Wpływ lampy kwarcowej na krzywicę jest znacznie powolniejszy. Autorzy prócz tego zastosowali ergosterynę naświetlaną w kilku przypadkach tężyczki. Stwierdzili oni szybką poprawę kliniczną, drgawki ustępowały zazwyczaj bardzo szybko po podaniu Vigantolu. Wapń we krwi, zmniejszony w przebiegu tężyczki, pod wpływem ergosteryny w krótkim czasie osiągał poziom normalny. I tutaj lampa kwarcowa mniej szybko sprowadzała wyleczenie.

Próba leczenia krzywicy i tężyczki naświetlaną ergosteryną. Marfan et Odier Dollfuss. *Bull. Soc. de Ped. de Paris Nr. 3 1928.*

Autorowie potwierdzają wyniki poprzedniej pracy. Stosowali oni Vigantol w ciągu 15-u dni i po przerwie 2-u tygodniowej znów 15 dni w dawkach jak wyżej. Nawet w bardzo ciężkich przypadkach krzywicy z licznemi złamaniami u dzieci powyżej roku, spostrzegali bardzo szybką poprawę. W przypadkach tężyczki ustępowały drgawki, objaw Trousseau, zaś po 15-u dniach poziom wapnia we kwi osiągał normę.

(Ze stosowaniem Vigantolu w tężyczce należy zachować pewną ostrożność, podobnie, jak to ma miejsce w stosunku do lampy kwarcowej, gdzie przedawkowanie może wywołać napad drgawek, a nawet być przyczyną śmierci. Przyp. refert)

Schorzenia górnych dróg oddechowych wywołane przez lasecznik błonicy. Marcel Maillet. *Bull. Soc. de Ped. de Paris Nr 2. 1928.*

Walka z błonicą znajduje się w obecnej chwili w ośrodku zagadnień wśród pedjatrów francuskich. Autor przeprowadził na wielką skalę badanie nosa i gardzieli niemowląt na obecność laseczników błonicych. Wśród 700 niemowląt w tym kierunku badanych u 101 wykryto laseczniki błonicze, co stanowi 13,5%. Wśród tych ostatnich 38 dzieci miało kliniczne objawy błonicy (przeważnie nosa, rzadziej gardzieli), resztę stanowili zdrowi nosiciele. Leczenie błonicy nosa pomimo stosowania surowicy napotykało na wielkie trudności, a to głównie ze względu na często występujące nawroty.

U niemowląt, mających błoniczy nieżyt nosa, względnie będących tylko nosicielami, cały szereg chorób miał przebieg o wiele cięższy, aniżeli u dzieci wolnych od lasecznika błonicy. Tak zwykłe nieżytowe zapalenie płuc dawało większą śmiertelność wśród pierwszych, aniżeli wśród drugich. Podobne było zachowanie się dzieci w stosunku do odry. Wybuch odry prowokował częstokroć powstanie klinicznej błonicy u poprzednich nosicieli. Zapalenie płuc w przebiegu odry u niemowląt, mających lasecznik błonicze, dawało 80% śmiertelności, u reszty niemowląt około 40%. Autor jest zdania, że w celu walki z błonicą należy niemowlęta, przybywające do szpitali (i zakładów zamkniętych) uodparniać anatoksyną.

W dyskusji nad tym referatem *Lereboullet*, zgadzając się z autorem co do konieczności walki z błonicą, uważa za bardziej celowe wstrzykiwanie wszystkim niemowlętom, przybywającym do zakładów, surowicy przeciwbłoniczej. Zabieg ten powoduje natychmiastowe powstanie odporności biernej, utrzymującej się w ciągu 3 tygodni. *(Jedna i druga metoda, względnie ich jednoczesne zastosowanie, może być celowe zależnie od warunków epidemjologicznych. Przyp. referenta).* *H. B.*

CHIRURGJA.

Znaczenie chorobotwórcze ciał wolnych w stawach. Moulonguet. *Annales d'Anat. Pathol., Nr. 4 — kwiecień 1928.*

Chodzi tu o ciała pochodzenia włonnego (endogennego) to znaczy ze składników samego stawu i mające budowę organiczną z tkanek żywych — a więc nie dotyczy to tak zwanych ciał ryżowatych, spotykanych w gruźlicy jako wynik nekrozy koagulacyjnej tkanek stawowych i będących zresztą bez większego znaczenia klinicznego.

Przyczyną powstawania tych wyżej wymienionych tworów są przedewszystkiem pewne *schorzenia zapalne stawów* jak suche zapalenie stawów zniekształcające i tak zwana osteochondritis dissecans (o etjologji i patogenezie jeszcze zupełnie ciemnej); znacznie rzadziej przyczyną bywa czysty uraz. Zresztą w etjologji i suchego zapalenia stawów zniekształcającego i osteochondritis dissecans właśnie *uraz* gra dużą rolę.

Powstają te ciała z maziówki albo z końców stawowych kości i w początkowych okresach swego rozwoju są zwykle uszypułowane; składają się z tkanki chrzęstnej i kostnej, a czasami zawierają jeszcze domieszkę tkanki łącznej włóknistej. Ich znaczenie kliniczne polega na zaburzeniach w czynności stawu zwykle pod postacią jego okresowej blokady.

Leczenie operacyjne w cierpieniu tem, polegające na usunięciu ze stawu ciała wolnego, daje naogół wyniki bardzo dobre i trwałe—i w przypadkach czysto urazowych, i przypadkach zapalnych; rokowanie bywa gorsze jedynie wtedy, gdy w stawie znajdujemy duże i rozległe zmiany chorobowe ponieważ często następuje wówczas nawrót cierpienia

Objawy niedrożności jelit w przebiegu gruźlicy otrzewnej. Canessa. *Bull et Mém de la Soc. des Chirurgiens de Paris Nr. 7, kwiecień 1928.*

Gruźlica otrzewnej przebiega, jak wiadomo, pod 3 postaciami: a) puchliny wodnej ze zmienną ilością płynu cytrynowożółtego i nalotami włóknika na surowicówce; b) pod postacią wrzodziejącą, uogólnioną lub umiejscowioną (jajowody, okolica krętniczo-kątnicza), z licznemi ogniskami mas serowatych i ropniami wśród zrostów; i wreszcie c) postacią włóknistą, bliznowaciejącą, przyczem to zbliznowacenie dotyczy przedewszystkiem sieci dużej i podstawy krezki. Oto w tej ostatniej postaci mamy najczęściej do czynienia z powikłaniem niedrożnością jelit. Mechanizm powstawania niedrożności polega na sklejeniu się pętli jelitowych z ich następowem załamaniem, na wytworzeniu pasm bliznowych i wreszcie na porażeniu kiszek na pewnym ograniczonym odcinku (ileus paralyticus).

Konieczność wykonania operacji może się wyłonić w okresie zupełnego wygaśnięcia procesu za-

palnego, kiedy mamy do czynienia już tylko ze zbliznowaceniem, jako wynikiem tego procesu, albo też w okresie pełnego procesu gruźliczego; w tym ostatnim przypadku nieraz trzeba się ograniczyć tylko do wyłonienia nazewnątrz najbardziej rozdętej pętli i wytworzenia przetoki kałowej, gdyż nadzwyczajna kruchość i wiotkość tkanek nie pozwala tutaj ani na wykonanie zespolenia, ani tembardziej na wycięcie części jelita.

Przypadek choroby Koehlera, dotyczący kości półksiężycowatej napięstka. Masini. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgens de Paris Nr. 7, kwiecień 1928.*

Przed 20 laty po raz pierwszy zwrócono uwagę na pewne swoiste schorzenie kości łódkowatej stępu, polegające na jej spłaszczeniu w kierunku przedniotylnym i zagęszczeniu (intensywnie nasilony cień na ekranie rentgenelogicznym) występujące u dzieci, zwykle po urazie, klinicznie cechujące się bólami i bolesnością uciskową i ustępujące zupełnie po upływie $1^1/_2$ — 2 lat.

Autor spostrzegał przypadek zupełnie analogiczny, ale dotyczący kości półksiężycowatej napięstka: chłopiec 16-letni po dwu stłuczeniach okolicy napięstka zaczął odczuwać bóle, wystąpiło obrzmienie i bolesność uciskowa, przebieg powolny, bez gorączki; na ekranie rentgenologicznym widać było spłaszczenie i znaczne zagęszczenie istoty kostnej kości półksiężycowatej (plama czarna). Co do patogenezy autor uważa jak i pierwszą chorobę Koehlera, tak i to ostatnie schorzenie za przewlekłe zapalenie kości typu poronnego. Klinicznie — zanim się wykona zdjęcie rentgenologiczne—zmylić je można z gruźlicą. Przebieg powolny i łagodny, wyleczenie następuje w ciągu dwu lat przyczem objawy kliniczne ustępują znacznie wcześniej, zanim znikną wszelkie zmiany rentgenologiczne.

Wyżej omówione schorzenie kości łódkowatej odróżniać należy od dotyczącej tejże kości choroby pourazowej Kienbocka, w której wskutek częstych urazów następuje swoiste, na tle troficznem, rozrzedzenie kości łódkowatej, dające rentgenelogicznie szereg okrągłych wyjaśnień — obraz jak przy osteitis fibrosa cystica. Rentgenologicznie i klinicznie są to schorzenia zupełnie różne.

Jak postępować z ogniskiem pierwotnego zakażenia w przebiegu tężca? Leclerc. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat de Chir. Nr. 14, maj 1928.*

Doskonałe wyniki, osiągane w leczeniu tężca stosowaniem surowicy swoistej, odsunęły na dalszy plan leczenia ogniska pierwotnego; a to niesłusznie, zdaniem autora, gdyż nielogicznem jest zwalczanie toksyn, krążących w ustroju, nie uwzględniwszy uprzednio miejsca ich stałej produkcji. A ta niekonsekwencja w postępowaniu mści się na losie chorych, gdyż bywa nieraz tak, że wytwarzane w dużej ilości jady okazują się silniejsze od działania leczniczego surowicy swoistej i chory ulega w walce z zakażeniem.

Autor zaleca w każdym przypadku tężca, obok stosowania surowicy swoistej. wczesne uwzględnienie ogniska pierwotnego — odjęcie kończyny często bywa tu zbędne, ale zato zawsze wskazane jest rozległe wycięcie rany, ewentualnie blizny i jej następowe leczenie jako rany otwartej. Zabieg sam przez się jest bardzo prosty, a jednak chroni chorego od ryzyka, jakie przynosi z sobą ograniczenie leczenia wyłącznie do wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej.

Pourazowe wylewy krwawe śródczaszkowe, występujące późno. Fey. *Bull. et Méd. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 14, maj 1928.*

U chorych po mniej lub więcej silnem stłuczeniu głowy, które narazie minęło bez wyraźniej zaznaczonych objawów klinicznych, po okresie czasu względnie dobrego samopoczucia, trwającym od kilku dni do kilku tygodni — chorzy tacy nieraz nie przerywali swojej pracy zawodowej — występują nagle objawy udaru mózgowego, mogące w kilka godzin doprowadzić do śmierci. Przyczyną tego jest wylew krwawy, umiejscowiony między oponą twardą i kością (objawy kliniczne występują tu względnie szybko), w przestrzeni podpajęczynówkowej (spatium subarachnoideale) lub wreszcie w samej tkance mózgowej. Najczęstszem umiejscowieniem jest przestrzeń podpajęczynówkowa, najrzadszem—mózgowie w najrozmaitszych jego okolicach.

Patogeneza wylewów krwawych śródmózgowych polega na powolnem wytworzeniu się w okolicy stłuczenia nekrotycznego ogniska rozmiękczenia z następowem wtórnem uszkodzeniem naczynia krwionośnego, lub — jak chcą inni — na pierwotnem niezupełnem przerwaniu ciągłości naczynia z następowem krwawieniem na dwa tempa. Patogeneza krwotoków do opon lub między oponę twardą a kość polega albo na krwawieniu powtarzającem się, albo na jednorazowym wylewie krwawym, którego kliniczne objawy wystąpią dopiero po pewnym czasie.

Leczenie polega na jak najszybszem otwarciu jamy czaszki i opróżnieniu jamy krwiaka ze skrzepów i krwi płynnej, co do umiejscowienia cięcia, kierować się należy nietylko objawami ogniskowemi ze strony mózgowia, ale przedewszystkiem umiejscowieniem urazu pierwotnego.

Złamanie trzonu kości promieniowej w połączeniu ze zwichnięciem jednego z jej końców. Clavelin. *Bull. et Mém. de la Soe. Nat. de Chir, Nr. 15. maj 1928.*

Do tego, aby powstało zwichnięcie górnego lub dolnego końca jednej z kości przedramienia, koniecznem jest — według ogólnego przekonania — obecność złamania drugiej kości z jej następowem skróceniem. A więc typowem obrażeniem będzie złamanie trzonu kości łokciowej ze zwichnięciem głowy kości promieniowej, albo niskie złamanie trzonu kości promieniowej ze zwichnięciem dolnego końca kości łokciowej.

Autor jest trochę odmiennego zdania, uważając, że to zwichnięcie może dotyczyć tejże samej kości, która uległa złamaniu. Na poparcie swej tezy przytacza spostrzegane przez siebie trzy przypadki złamania trzonu kości promieniowej, W jednym z nich miało miejsce złamanie trzonu na granicy górnej i środkowej trzeciej części ze zwichnięciem główki kości promieniowej do tyłu i nazewnątrz — nastawiono zwichnięcie i zeszyto odłamy kostne szwem metalowym (*Shermann*). W drugim przypadku miało miejsce złamanie trzonu kości promieniowej w dolnej trzeciej części wraz ze zwichnięciem jej dolnego końca w stronę grzbietową — nastawiono zwichnięcie i zestawiono odłamy bezkrwawo i na-

łożono opatrunek gipsowy na kończynę w zgięciu w stawie łokciowym pod kątem 90°, przedramię w maksymalnej supinacji i dłoń w zgięciu w stronę dłoniową i przywiedzeniu w stronę łokciową. Trzeci wreszcie przypadek był naogół zbliżony do poprzedniego, z tą tylko różnicą, że chodziło tu o złamanie wadliwie zagojone — zestawiono odłamy i ustalono we właściwem ustawieniu operacyjnie.

We wszystkich trzech przypadkach wynik anatomiczny i czynnościowy był zupełnie dobry.

Leczenie Megacolon congenitum. Perrier-Mornard. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris, nr. 8, maj 1928.*

Patogeneza tego schorzenia pozostaje dotychczas jeszcze nieustalona; zmiany anatomiczne polegają na wydłużeniu okrężnicy, jej rozszerzeniu, przeroście ścian i wreszcie najrozmaitszych przewężeniach światła na tle jej załamania—zmiany te dotyczą całej okrężnicy, od kątnicy do esicy włącznie, lub tylko pewnych jej odcinków. Objawy kliniczne polegają na zaparciach znacznego stopnia z ich następstwami w postaci stanów ciężkiego zatrucia (sterkoremja) i występują we wczesnem dzieciństwie.

Leczenie — wyłącznie operacyjne i to względnie wcześnie, dopóki nie wystąpi znaczniejszego stopnia charłactwo. Optimum wieku do operacji jest 6—10 lat. Operacja polega na dwuczasowem wycięciu okrężnicy, całkowitem lub częściowem (zwykle esicy) w miarę potrzeby; z początku następuje wycięcie okrężnicy i wszycie w otwór w powłokach brzusznych obu otwartych końców, złożonych w kształcie luf dubeltówki, ewentualnie — o ile miało miejsce wszycie końca jelita biodrowego do esicy—w otwór skórny wszywa się dolny odcinek esicy. Po 2 do 6 miesięcy, w miarę tego, jak szybko odtruwa się chory, zaszywa się przetokę w sposób typowy.

W przypadkach ciężkiego zatrucia wskazane jest uprzednie przygotowanie chorego do wycięcia okrężnicy przez wytworzenie przetoki kałowej na szczycie najbardziej rozdętej części okrężnicy.

Wycinanie okrężnicy jednoczasowe obecnie zostało już zarzucone zupełnie prawie przez wszystkich chirurgów.

Leczenie zakażeń dróg moczowych prątkiem okrężnicy. Le Fur. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris, nr. 8, maj 1927,*

W zakażeniach tych, to znaczy w ich powstawaniu i utrzymywaniu się przez czas dłuższy na pewnym odcinku dróg moczowych ogromną rolę gra zastój moczu. I dlatego może tak często prątki okrężnicy, wydzielane przez nerki, swoje chorobotwórcze działanie wywierają dopiero w pęcherzu, który już w warunkach fizjologicznych opróżnia się co 3 — 4 godziny, kiedy jego zawartość wyniesie 300 — 400 cm³ moczu. Stąd pierwsza wskazówka lecznicza: częste opróżnianie pęcherza—przez samego chorego lub zapomocą cewnika, ewentualnie cewnik a demeure, a w razie zalegania moczu w miedniczkach—cewnikowanie moczowodów ewentualnie cewnik moczowodowy na stałe.

Następnie autor zwraca uwagę na wybitne działanie lecznicze w tych schorzeniach szczepionek swoistych, zwłaszcza przesączów szczepionek, zawierających wyłącznie jady bakteryjne (bez ich ciał), a stosowanych miejscowo (tak zwane b o u i l l o n s-v a c c i n s). Leczenie to opiera się na następującym fakcie, stwierdzonym bakterjologicznie: jeśli do takiego przesączu, zawierającego jady prątka okrężnicy, wprowadzimy pewną ilość tych prątków w pełni ich żywotności, prątki powoli tracą prawie zupełnie całe swoje działanie chorobotwórcze. Tego rodzaju przesącze szczepionek wprowadza się, w miarę potrzeby, do pęcherza, lub do miedniczek nerkowych po uprzedniem dokładnem wypuszczeniu moczu. Gorączka w przebiegu zakażeń dróg moczowych prątkiem okrężnicy świadczy o uogólnieniu się zakażenia, to jest przechodzeniu do krwi prątków lub ich jadów—wskazane jest wówczas, obok leczenia miejscowego przesączem, stosowanie podskórne zwykłych szczepionek, które jednakże na stan miejscowy pozostają bez wpływu, ponieważ niweczniki, wytwarzane przez ustrój, zostają przez filtr nerkowy zatrzymane i do moczu nie przechodzą.

Dla wyrobu szczepionek można się posiłkować materjałem, otrzymanym od danego chorego (auto bouillon-vaccin), lub stosować szczepionki fabrycznego pochodzenia (stock bouillon-vaccin).

Trójczasowe operowanie raka odbytnicy o nizkiem umiejscowieniu. Papin. *Journ. de Chir. nr. 4, kwiecień 1927.*

Wycięcie odbytnicy z powodu raka, umiejscowionego nizko (ampulla), w którym warunki techniczne nie pozwalają na wykonanie typowej operacji *Hartmanna*, jest zabiegiem ciężkim i dającym dużą śmiertelność. Autor proponuje w tych przypadkach pewną modyfikację zwykłego skombinowanego sposobu operowania poprzez powłoki brzuszne i od strony krocza; modyfikacja ta polega na rozpoczęciu zabiegu od krocza i zakończeniu od strony jamy brzusznej i lepiej zabezpiecza, zdaniem autora, ostateczny wynik operacyjny.

I t e m p o. Otwarcie jamy brzusznej, określenie stopnia operacyjności raka w danym przypadku (przerzuty, przejście guza na otoczenie) i wreszcie wytworzenie na stałe przetoki kałowej górnego odcinka esicy.

II t e m p o. Po 3—4 tygodniach następuje część kroczowa zabiegu: wycięcie kości ogonowej, przecięcie mięśni unoszących odbyt, oddzielenie odbytnicy od tkanek otaczających na całym jej obwodzie (nie dochodząc do otrzewnej) i wprowadzenie trzech szerokich sączków gazowych między odbytnicę i ściany miednicy małej.

III t e m p o. Po 3 — 4 dniach otwiera się jamę brzuszną cięciem pośrodkowem, w sposób typowy wycina się dany odcinek odbytnicy wraz z guzem, usuwa się go nazewnątrz przez ranę na kroczu i zaszywa się mięśnie i otrzewną dna miednicy, ewentualnie wprowadza się na to miejsce od strony brzucha worek *Mikulicza*, zwłaszcza o ile pokrycie otrzewną było niedostateczne.

Biodra koślawe i stany zapalne stawów biodrowych w okresie pokwitania. Lapeyre i Mourgue—Molines. *Revue d'Orthopédie Nr. 3, maj 1928 r.*

Samoistne biodro koślawe jest następstwem niedorozwoju szyjki kości udowej, która zachowała swój typ dziecięcy o szeroko rozwartym kącie między jej osią i osią trzonu kości udowej. U tego rodzaju osobników w okresie pokwitania występują nieraz bóle w okolicy stawów biodrowych przy

chodzeniu i zdjęcie rentgenologiczne wykazuje objawy osteochondritis deformans. Patogenezę tego schorzenia tłumaczą dwojako: 1) według jednych — zniekształcenie rozwojowe szyjki powoduje zaburzenia statyki stawu, pokrywane wzmożonym wysiłkiem mięśniowym, ale tylko do pewnego czasu — kiedy obciążenie stawu wzrośnie ponad granice wyrównania mięśniowego, nieprawidłowo rozłożony wzajemny ucisk końców stawowych staje się przyczyną całego szeregu stale powtarzających się mikrourazów, wywołujących stan zapalny stawu; 2) inni zapalenie stawu uważają za cierpienie pierwotne, a zniekształcenie szyjki — za rzecz wtórną, zależną od działania wzmożonego pewnych grup mięśniowych (przy rozmiękczenia zapalnem części kostnych).

Autorowie są zdania, że te wadliwe ukształtowania szyjki kości udowej i stany zapalne stawów biodrowych w okresie pokwitania — są to schorzenia zupełnie od siebie niezależne, nie pozostające w żadnym ze sobą związku; wyżej omówione zapalenia stawów biodrowych mogą dotyczeć i stawów zupełnie co do ukształtowania szyjki prawidłowych i w pewnej liczbie przypadków zdają się pozostawać w dość wyraźnym związku z zaburzeniami czynnościowemi gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (niedomoga gruczołów płciowych).

Patogeneza i leczenie pourazowego zapalenia stawów suchego i wysiękowego. Leriche. *Lyon Chir. Nr. 2, marzec — kwiecień 1928.*

Autor pomija w swych rozważaniach przypadki urazów, powikłanych wylewem krwawym do stawu, pęknięciem końców stawowych, obecnością ciała wolnego w stawie lub uszkodzeniem łąkotki, a zajmuje się wyłącznie temi przypadkami, w których stan zapalny błony maziowej, mniejsza lub większa ilość jałowego wysięku surowiczego i nieraz daleko posunięte odwapnienie z następowem zniekształceniem końców stawowych nie znajdowały dotychczas swego wytłumaczenia.

Obraz kliniczny jest dosyć typowy: w kilka dni po urazie okolicy stawu kolanowego, ramieniowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka, urazie, który narazie, zdawałoby się, przeszedł bez śladu, zaczynają powoli i stopniowo występować zaburzenia czynnościowe ze strony stawu, odpowiadające zmianom maziówki, kości i chrząstki; objawy te utrzymują się nieraz bardzo długo pomimo stosowania różnych środków i ustępują czasami niespodzianie, kiedy już chory i lekarz zwątpili wogóle o wyleczeniu.

Autor tłumaczy powstawanie tych zmian odczynem naczynioruchowym ze strony stawu, podległego urazowi; uraz wywołuje tu utrzymujące się przez czas dłuższy przekrwienie czynne na drodze odruchu, który swój punkt wyjścia ma w podrażnieniu obwodowych zakończeń nerwowych danej okolicy ciała; w warunkach prawidłowych przekrwienie takie szybko ustępuje, ale w pewnych wypadkach— zależnie może od stanu napięcia układu współczulnego lub od rodzaju urazu — trwa dłużej, sprowadzając omówione wyżej zmiany ze strony maziówki (zgrubienie, przerost kosmków, wysięk), kości (rozrzedzenie) i chrząstki. Z początku zmiany te są odwracalne i mogą zniknąć bez śladu, ale z chwilą wystąpienia daleko idących zmian anatomicznych — pozostają już na stałe.

To pourazowe przekrwienie tkanek jest zasadniczo tym samym odruchem naczyniowym, który wogóle umożliwia gojenie się tkanek uszkodzonych i jako taki ma niesłychanie dobroczynne i ważne znaczenie dla ustroju; wystarczy przypomnieć sobie, jakie trudne warunki dla gojenia się tkanek sprowadzają: wstrząs, ciężkie powikłania płucne i charłactwo — stany, które prawidłowy odruch naczynioruchowy sprowadzają do minimum.

Z rozważań powyższych nasuwają się pewne wskazówki lecznicze. W początkach choroby należy wystrzegać się stosowania wszystkiego tego, co wzmaga przekrwienie okolicy danego stawu (miesienie, mechanoterapja, ciepło), raczej — zimne okłady, lód, unieruchomienie częściowe kończyny. W późniejszych okresach cierpienia również nie należy zalecać miesienia i forsownego uruchamiania stawu chorego; autor stosował w kilku przypadkach z dobrym wynikiem sympaticektomje okołotętniczą, co brzmi zresztą trochę paradoksalnie. Dodać jeszcze należy, że cierpienie to często ustępuje samo w przeciągu roku, dwóch, o ile tylko nie przeciwdziałać temu przez stosowanie szkodliwych zabiegów.

Leczenie operacyjne gruźlicy przydatków kobiecych. Villard, *Lyon ChirNr. 2, marzec — kwiecień 1928.*

Na początku określa autor na podstawie materjału operacyjnego częstość zapalenia trąbek zależnie od rodzaju zakażenia: na gruźlicę przypada 13°/₀ (według innych autorów 33°/₀), na zakażenie rzeżączkowe 68°/₀, połogowe 13°/₀ i wreszcie pochodzenia niejasnego — 6°/₀.

W każdym przypadku gruźlicy trąbek lub wogóle przydatków wskazane jest leczenie operacyjne (poza helioterapją, naświetleniami ultrafioletowemi i zaleceniami co do ogólnej higieny); sam zabieg będzie wyglądał różnie, zależnie od stwierdzenia obecności takich, czy innych zmian anatomopatologicznych.

I. Jeśli zmiany gruźlicze, to jest ogniska ziarniny swoistej, znajdziemy tylko na surowicówce trąbek same zaś trąbki będą miały objętość i kształt prawidłowy, wystarczy tylko usunąć dokładnie wysięk zapalny z jamy brzusznej i zwłaszcza miednicy małej; zabieg ten sprowadzi z reguły szybkie wyleczenie (w kilka miesięcy) pomimo obecności ognisk swoistych na otrzewnej miednicy małej: a nieraz i wyżej. Wycinanie trąbek jest tu zupełnie zbędne.

II. W przypadku nacieczenia ziarniną gruźliczą ściany jajowodów w całej jej grubości, obecności silnych zrostów między trąbkami, jajnikami, macicą, siecią i jelitami tak, że tworzą one nieraz jeden zbity kłąb zapalny, w którym trudno jest odnaleźć ów punkt wyjścia dla sprawy gruźliczej — należy usunąć tylko to, co da się usunąć bez większych trudności i ryzyka dla chorej, a następowa poprawa obejmie z pewnością całość zmian zapalnych.

III. Wreszcie kiedy stwierdzimy obecność zmian rozpadowych w przydatkach, mas sérowatych, ropniaków zimnych trąbek, wskazane będzie wycięcie jednostronne lub obustronne przydatków, a nawet czasami i macicy; w tych postaciach anatomopatologicznych zrostów większych sie nie spotyka tak, że zabieg daje się łatwo zwykle przeprowadzić. Obecność tych mas rozpadowych uniemożliwia z reguły wygojenie się sprawy bez ich usunięcia operacyjnego.

Wreszcie przypomnieć tu należy aforyzm *Olliera*, że „gruźlica to nie rak“ to znaczy, że aby osiągnąć wyleczenie na drodze operacyjnej, bynajmniej nie jest koniecznem usunięcie całego ogniska gruźliczego; wystarczy tylko ułatwić zadanie organizmowi.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Guz jajnika, składający się z komórek warstwy ziarnistej. Babes A. *Gynecologie et Obstetrique. T, XVII. Nr. 2.*

Ze wszystkich ogłoszonych w piśmiennictwie przypadków *„folliculoma ovarii“* autor uznaje za takowe tylko przypadki (6) *Werdt'a, Brenner'a* (1) *i Masson* (1). Wszystkie inne bądź nie kwalifikuje wogóle na skutek braków w opisie, bądź zalicza do raków jajnika.

Przypadek autora dotyczył 36-cio letniej kobiety, która przybyła ze skargami na szybkie (od 2 mies.) powiększanie się stopniowe brzucha, połączone z bólami, na utrudnione oddawanie moczu i na ogólne osłabienie i wynędznienie. Podczas operacji stwierdzono; guzy obydwu jajników, liczne ogniska drobne na powierzchni otrzewnej, jak również kilka litrów płynu w brzuchu i równomierne, niezbyt znaczne zgrubienie wyrostka robaczkowego. Guzy jajników wielkości pięści dziecka, guzowate na przekroju, wykazują miejscami utkanie lite, miejscami jamy o wązkim świetle i grubych ścianach.

Badanie mikroskopowe tak części litych, jak ścian torbieli, jak przerzutów na otrzewnej, jak wreszcie ściany wyrostka robaczkowego wykazało dwa składniki histologiczne: jeden to alveole, podobne do pęcherzyków jajnikowych, drugi — to pasy lub grupy komórek. Obydwa te składniki są w ścisłym związku ze sobą zazwyczaj, gdyż alveole znajdują się wewnątrz grup komórkowych; miejscami udaje się nawet spostrzec wytwarzanie się pseudopęcherzyków z grup pasm komórkowych. Twory jamiste przypominają *folliculi primordiales* jakkolwiek wysłane są one komórkami, choć przypominającemi komórki warstwy ziarnistej, to jednak bardziej wielopostaciowemi; niektóre z tych pseudo-pęcherzyków zawierają komórkę większą, która mogłaby uchodzić za zmienioną komórkę jajową.

Składnik komórkowy obrazu histologicznego to pasy i grupy rozmaitych kształtów i wielkości komórek mało zróżniczkowanych, małych, niewyraźnie odgraniczonych, o jądrze dużym, mocno się barwiącym, podobnych do komórek warstwy ziarnistej.

Zaznaczyć należy, że brak w opisanym obrazie histologicznym komórek zupełnie nietypowych, jak również form podziału. Niekiedy tylko występuje polymorfizm jąder.

Zastanawiając się nad pochodzeniem omawianego nowotworu, autor przychyla się do zdania *Werdt'a*, który wiąże je z t. z. *Granulosezellhaufen Walthard'a* lub *Granulosezellballen* — *R. Meyer'a*, t. j. z grupkami komórek podobnych do komórek warstwy ziarnistej, a znajdowanych szczególnie często w jajnikach dziecięcych. Oczywista nie da się wyłączyć pochodzenie omawianych nowotworów również z warstwy ziarnistej pęcherzyka *Graafa*. Czy folliculoma jest pochodzenia nabłonkowego czy mesenchymalnego — pozostaje zdaniem autora nierozstrzygnięte, gdyż nie ustalone jest jeszcze pochodzenie tworów komórkowych (Granulosezellhaufen), o których wyżej była mowa.

Klinicznie nowotwór omawiany zdarza się w 50% przypadków u młodych kobiet i też mniej więcej w połowie znanych z piśmiennictwa przypadków wykazuje klinicznie cechy złośliwości, pomimo braku tych cech w obrazie mikroskopowym.

Co do leczenia, to jak dotąd pozostaje ono ściśle operacyjne i możliwie radykalne.

Przeszczepy śluzówki macicy (endometriom) w bliźnie po cięciu brzusznem. Goullioud Martin J. F., Michon L. *Gynécologie et Obstétrique t. XVII, Nr. 2.*

Przypadek autorów dotyczył chorej, która z powodu mięśniaków macicy przeszła cięcie brzuszne i operację *Martin'a*, bez otwierania jamy brzusznej. Rana goiła się per secundam i przez kilka miesięcy pozostawała cieniutka przetoka, która plamiła lekko w okresach miesiączkowych. Po $3^1/_2$ latach stwierdzono u chorej w bliźnie niewielki guz, powiększający się, krwawiący, bardziej czuły w okresach miesiączkowych, który po wycięciu okazał się przeszczepem śluzówki macicy t. zw. *endometrioma.*

Przeglądając piśmiennictwo autorowie stwierdzili, że na 24 przypadków przeszczepów śluzówki macicy do blizny pooperacyjnej w 20 stwierdzono, że uprzednie operacje przebiegały z otwarciem lub choćby przeszyciem przy szwie jamy macicy. To ostatnie nie da się wyłączyć i w przypadku omawianym. Wobec powyższego, autorowie widzą wytłomaczenie omawianego spostrzeżenia w teorji *Sampsona* o przeszczepianiu się cząsteczek śluzówki macicy.

Podkreślić należy znaczenie praktyczne omawianego schorzenia, które ma niekiedy cechy nowotworu, jest jednak w przebiegu swem i rokowaniu wybitnie dobrotliwe.

Znaczenie przerzutów śluzówki macicy w ginekologji i chirurgji. Rullé P. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII Nr. 2.*

Autor jest stronnikiem zapatrywań *Lauch'ego* co do pochodzenia przeszczepów śluzówki macicy, a mianowicie przypuszcza on, że tkanki ulegać mogą pod wpływem wydzieliny wewnętrznej jajnika przemianom morfologicznym, upodobniającym je tak histologicznie, jak czynnościowo do śluzówki macicy.

Zresztą artykuł oparty jest na danych z piśmiennictwa i na 7 własnych przypadkach, w których brak absolutnie badań anatomo-patologicznych. Wobec powyższego artykuł nie nadaje się do bliższego omówienia.

Martwica jałowa mięśniaków macicy. Patel i Denis. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII, Nr. 2.*

Za *necrobiosis* (stan obumierania) mięśniaków autorowie uważają martwicę jałową, występującą skutkiem zaburzeń w odżywianiu mięśniaka. Stan ten dotyczyć może mięśniaków wszelkich postaci, najczęściej jednakowoż ma miejsce we włókniakach uszypułowanych. Jednakowoż zastrzec się trzeba, że przy skręcie uszypułowanych mięśniaków tak prędko

następuje odkręcenie się lub martwica, że okres necrobiosis zazwyczaj przechodzi niepostrzeżenie. Jeśli się zatem wyeliminuje te przypadki, to pozostaną dla prawdziwej necrobiosis przypadki mięśniaków śródściennych i podotrzewnowych.

Mięśniaki ulegające martwicy jałowej wykazują najpierw zmiany w swej cześci centralnej, w postaci plam brunatnych, potem tkanka rozmięka i wytwarzają się jamy wypełnione białawą, miękką, masą, lub zielonkawym płynem, przypominającym ropę i stąd często martwica jałowa mięśniaka uważana bywa za zropienie tegoż.

Mikroskopowo stwierdza się zmiany wsteczne, aż do zupełnej utraty barwliwości. Tak zwane czerwone mięśniaki uważać należy za pierwszy okres ostrej martwicy jałowej. Kliniczne objawy należą całkowicie od umiejscowienia i przebiegu sprawy chorobowej:

A. Proces choroby postępuje powoli,

a) miejscowo brak prawie całkowicie jakichkolwiek objawów,

b) objawy ogólne są bardzo nietypowe; stan podgorączkowy, zaburzenia żołądkowe, złe samopoczucie, chudnięcie.

B. Jeśli proces chorobowy postępuje szybko, to występują wówczas następujące objawy: ból ostry w dole brzucha, symulujący skręt torbieli lub pelveo-peritonitis; nagłe powiększenie się mięśniaka i ciepłota zazwyczaj nie przewyższająca 38° C.

C. Do grupy trzeciej należą przypadki przejściowe, gdzie wspomniane objawy występują z mniejszem nasileniem.

Dalszy przebieg schorzenia może mieć następujące koleje:

1. Zwapnienie mięśniaka,

2. Jama martwicza pozostaje bez zmiany — doprowadzić to może do śmierci z wycieńczenia przy objawach, które rozpoznawane bywają jako niedokrwistość, lub gruźlica.

3. Zawartość torebki obumarłego mięśniaka wylewa się do jamy macicy i niekiedy martwica jałowa ulega wtórnemu zakażeniu.

Dominującym objawem w tych przypadkach są obfite brudne upławy z macicy.

4. Zawartość torebki mięśniaka, który uległ martwicy jałowej, zostaje zakażona, bez i przed otwarciem się na drodze chłonnej, lub przez styczność.

5. Zawartość torebki mięśniaka po necrobiosis ulega zakażeniu i wylewa się do jamy brzusznej.

Rozpoznanie opiera się na cechach wyżej wyszczególnionych. Różniczkowe rozpoznanie ze zgorzelą (martwicą bakteryjną) opiera się na następujących podstawach:

a) mięśniaki śródścienne mogą ulec zgorzeli wtedy tylko, kiedy przez jakieś wrota dostało się zakażenie (skrobanka, wycięcie ukleja, zakażenie połogowe);

b) w przypadkach zgorzeli objawy są bardziej burzliwe (ciepłota 40° C, dreszcze, wymioty, biegunka, żółtaczka);

c) miejscowo w zgorzeli występują objawy otrzewnowe, lub bardzo silny ból w okolicy mięśniaka;

d) upławy w przypadkach zgorzeli są cuchnące i brudne,

e) rokowanie w zgorzeli jest złe, w martwicy jałowej włókniaków dobre. Leczenie winno być operacyjne, co do radykalności i rodzaju zabiegu należy indywidualizować każdy przypadek.

Podczas ciąży należy unikać zabiegów operacyjnych, mających na celu opróżnienie macicy (skrobanki). W końcu ciąży ewent. jednocześnie z cięciem cesarskiem — wycięcie włókniaka.

Prawdziwe przyrośnięcie łożyska (Placenta accreta). Reeb M. *Gynecologie et Obstetrique T. XVII Nr. 2.*

Autor omawia szeroko anatomo-patologiczną stronę zagadnienia przyrośniętego łożyska z powodu własnego przypadku, w którym podczas cięcia cesarskiego, wykonanego z powodu objawów zapalenia otrzewnej, nie mógł oddzielić ręcznie łożyska. Macicę usunięto, odcinając ją nadpochwowo i poddano dokładnemu badaniu tak jej ściany, jak zrazy łożyska, bądź to te, które dały się usunąć, bądź te, które usunąć się nie dały i pozostały przy ścianie macicy.

Pacjentka wyzdrowiała. Scisłe badanie preparatu dały w wyniku następujące spostrzeżenia:

Przedewszystkiem uderza nierównomierność przyrostu łożyska, które miejscami oddziela się prawidłowo, miejscami wrasta dość silnie, a miejscami nie dałoby się ściśle oddzielić nawet na ostro. Toteż niektóre zrazy wykazują cienką warstwę doczesnej zbitej, natomiast inne pokryte są wyrwaną tkanką mięśniową, przyczem zaznaczyć trzeba, że pomiędzy kosmkami, a mięśniówką niema nigdzie prawie doczesnej, a zwłaszcza ani śladu doczesnej gąbczastej.

W miejscach, gdzie łożysko zupełnie nie dało się oddzielić, widać niezmiernie ścisłe połączenie kosmków z mięśniówką macicy, wśród ktorej stwierdza się głęboko wdzierające się kosmki, otoczone pęczkami mięśni. Brak tu zupełny doczesnej tak zbitej, jak gąbczastej. Warstwa mięśniowa wykazuje zwyrodnienie szkliste, lecz ponad wszelką wątpliwość są w niej miejsca, w których brak zmian zwyrodnieniowych, świadczących o działaniu cytolitycznem kosmków. Autor podkreśla z naciskiem, że nigdzie przy skrupulatnem badaniu nie stwierdzono w miejscach styczności kosmków z mięśniówką jakichkolwiek objawów zapalenia, co jest tembardziej uderzające, że akurat w przypadku autora miała miejsce sprawa zapalna ostra, która jednakowoż wykazana została poza obrębem miejsca łożyskowego, tworząc w tym miejscu typowy ropień. Podkreślić również należy, że doczesna prawdziwa wykazywała zupełny brak warstwy gąbczastej, a i warstwa zbita była miejscami bardzo cienka.

Reasumując i porównywując swój przypadek ze znanemi z piśmiennictwa, autor podkreśla następujące cechy omawianego stanu patologicznego:

1. niedorozwój, a niekiedy brak zupełny doczesnej podstawowej (*decidua basalis*);
2. doczesna prawdziwa (*decidua vera*) wykazuje również mniej lub więcej posunięty niedorozwój;
3. kosmki wdzierają się bezpośrednio w tkankę mięśniową;
4. na granicy pomiędzy kosmkami, a mięśniówką wytwarza się zwyrodnienie tej ostatniej, jako odczyn na działanie rozpuszczających zaczynów kosmka; w niektórych jednak miejscach zwyrodnienia omawianego nie stwierdza się i te właśnie miejsca stanowią nieprzezwyciężalną przeszkodę do oddzielenia łożyska;
5. objawów zapalenia w miejscu przyrośnięcia nie stwierdza się.

Zastanawiając się nad patogenezą *placenta accreta* autor wysnuwa dwie koncepcje: albo doczesna podstawowa nie jest prawidłowa i nie stawia dostatecznego oporu wdzierającym się kosmkom, albo kosmki obdarzone są nadmierną zdolnością do niszczenia i wkraczania w głąb tkanki.

Na zasadzie swojej obserwacji i piśmiennictwa, autor przychyla się raczej do pierwszego przypuszczenia, opierając się przedewszystkiem na wspomnianym wyżej niedorozwoju, czy niedokształceniu (*hypoplasia*) doczesnej prawdziwej, której wszak tylko część stanowi doczesna podstawowa. Niedokształcenie doczesnej prawdziwej może być pochodzenia tak wrodzonego, jak nabytė. Większość znanych w literaturze przypadków przyrośnięcia łożyska dotyczyła wieloródek, u których w wywiadach stwierdzić można było szereg urazów uprzednio działających na śluzówkę macicy jako to: ręczne wydobywanie łożyska, wśródmaciczne stosowanie pary wodnej i t. d. Ponadto w niektórych miejscach anatomicznych śluzówka macicy jest szczególnie cienka, słabo rozwinięta, a mianowicie:w szyji aż do okolicy ujścia wewnętrznego włącznie; w okolicy ujść macicznych jajowodów, na przegrodzie *w uterus bicornis lub septus bipartitus*, w rogu szczątkowym, wreszcie nad włókniakiem podśluzowym. Toteż znane są w piśmiennictwie usadowienia się łożyska przyrośniętego właśnie w wyżej wymienionych miejscach.

Na zakończenie przypomina autor, że fizjologicznym nieledwie prototypem omawianego schorzenia jest usadowienie się ciąży w trąbce. Śluzówka tej ostatniej cienka i niezdolna do wytworzenia doczesnej nie stawia oporu kosmkom, a te wrastają bezpośrednio w mięśniówkę trąbki, przerastając ją na wylot, podobnie jak ma to miejsce w niektórych przypadkach *placenta accreta*, zwanej wówczas nie bez słuszności *placenta accreta destruens lub usurans.*

Klinicznie łożysko przyrośnięte jest schorzeniem ciężkiem, skoro na 25 przypadków znanych autorowi z piśmiennictwa—sześć zaledwie skończyło się wyzdrowieniem chorych. Postępowanie lecznicze wymaga, przy ścisłej indywidualizacji przypadków, nieraz daleko idącej pomocy operacyjnej, aż do wycięcia macicy włącznie.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Zapoznane grzybice Durante. *Bull. et mém. de la soc. méd des hôp de Paris 1927, Nr. 32.*

Autor sądzi, że grzyby jako przyczyny chorób są znacznie częstsze, aniżeli to przypuszczamy; na dowód tego przytacza autor 4 przypadki.

1. Przy sekcji kobiety zmarłej na rzucawkę porodową spostrzeżono w nerce w otoczeniu naczyń obecność grzybni.

2. W owrzodzeniach jelita ślepego (chory operowany był z powodu nietypowego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego) wykryto obecność grzyba; autor przypuszcza możliwość promienicy.

3. U młodej kobiety u której w przebiegu ciąży stwierdzono stan podgorączkowy — 12 dni po porodzie wystąpiły objawy zapaści i zejście śmiertelne. Na sekcji stwierdzono znaczną ilość grzybni w naczyniach krwionośnych macicy i płuc, w wątrobie stwierdzono obecność wielkiej ilości guzeczków (grzybni i komórek olbrzymich w nich nie wykryto).

4. W niektórych guzach, przypominających nawet nowotwory, spostrzegał autor obecność grzybni i kolbek.

Autor sądzi, że można rozróżniać następujące typy grzybic:

1. postać utajoną (prawdopodobnie dosyć częstą) — tkanka nie reaguje stanem zapalnym.
2. postać posocznicową, możliwe nawet, że posiewy krwi mogły by to schorzenie częściej wykazywać.
3. postać umiejscowioną — rzekomo gruźliczą.
4. Postać nowotworową.

Kiła jako przyczyna schorzeń serca i naczyń krwionośnych. Renaud. *Bull. et mèm. de la soc méd des hôp de Paris Nr. 34. 1927.*

Zdaniem autora zbyt często rozpoznaje się kiłę tętnicy głównej. Szczególnem jest, że piśmienictwo nie rozstrzyga ważnej kwestji — jaki odsetek syfilityków i zdrowych ludzi zachorowuje na serce lub cierpienia naczyń. Wedle autora często o rozpoznaniu rozstrzyga umiejscowienie schorzenia, a mianowicie — mały ograniczony tętniak, endarteriitis jednej kończyny i t. d. — pozwalają myśleć o kile. Autor przypisuje duże znaczenie wynikom analizy serologicznej.

O leczeniu aortitis syph,; kiła tętnicy głównej z punktu widzenia anatomicznego. Caussade i Tardieu. *Bull. et mèm. de soc, méd des hôp. de Paris T. 34 1927.*

Kiła tętnicy głównej rozpoczyna się jako zgrubienie, często jako tromboza naczyń ścianki (vasa vasorum), prowadzi to do zmian sklerotycznych i do ateromatozy, zmiany kiłowe tętnicy głównej mają skłonność do umiejscowień dobrze odgraniczonych, co prowadzić może do powstawania odgraniczonych tętniaków. Endarteriitis drobnych naczyń prowadzi do mesarteriitis i do periarteriitis, tym też tłumaczyć należy obecność zmian zapalnych (swoistych) w otoczeniu tętniaka.

Diagnostyka i leczenie kiłowych schorzeń tętnicy głównej. Flandin. *Bull. et mém de la soc. méd des hôp, de Paris Nr. 33. 1927.*

Rola kiły w etjologji tętniaków tętnicy głównej jest przeceniona, znaczenie doniosłe w powstawaniu tych schorzeń przypisuje autor zimnicy. Objawem przemawiającym za kiłą jest periaortitis,

Nawet we wczesnej kile spostrzega się zmiany w układzie naczyniowym (szmer systoliczny na tętnicy głównej). Odczyn serologiczny znaczenia decydującego nie ma — autor spostrzegł dodatni wynik w 35% z pośród 200 badanych bhorych.

Leczenie wymaga ostrożności (rozpoczynać od rtęci i bizmutu) w przypadkach znaczniejszych zmian w otoczeniu tętnicy (periarteriitis).

Leczenie kiłowych schorzeń serca i naczyń. Sézary A. *Bull. et mèm. de la soc. méd. des hôp. de Paris Nr. 33. 1927.*

U osób starszych z niewydolnością serca i nerek spostrzega się często złe znoszenie leków przeciwkiłowych; natomiast ciśnienie nadmierne (nawet wywołane nie kiłą) nie jest przeciwskazaniem do leczenia. Autor zaleca stosowanie leczenia w przypadkach wątpliwych (traitement d'épreuve). Hipertensja u kiłowych pod wpływem leczenia zmniejsza się; leczenie tętniaków często zawodzi (3 przyp. leczone bizmutem pozostały bez poprawy); 27 przyp. dusznicy bolesnej autor spostrzegł znaczną poprawę w 4-ch.

Kiła i ziarnica złośliwa. Langeron. (= *lymphogranulomatosis Paltaufsternberg = odémè eosinophile prurigène Favre) Bull. et mém. de la soc. méd. des hop. de Paris 1927 Nr. 35.*

Etjologja choroby Hodgkina nie jest wyjaśniona, autor opisuje następujący przypadek — u 45-letniego chorego spostrzeżono wysypkę plamistą i ogniska zapalne kości piszczelowej i nosowych, odczyn Wassermana ujemny, jednakże leczenie swoiste dało dobry wynik, po 2 miesiącach występuje powiększenie gruczołów chłonnych i eozynofilja, po miesiącu zejście śmiertetne, na sekcji stwierdzono zmiany charakterystyczne dla lymphogranulomatozy, na podstawie wskazówek w piśmiennictwie autor dochodzi do wniosku, że nie można łączyć etjologji ziarnicy złośliwej z kiłą.

O zdolności metali zapobiegania kile. Levaditi, Sanchis-Bayarri, Schoen, Manin. *Annales de l'institut Pasteur nr. 2, 1928.*

Kolle w swoich pracach doszedł do wniosku, iż bizmut nie ma znaczenia środka zapobiegawczego zakażeniu krętkami bladymi. Wpływ tego metalu ogranicza się jedynie do uniemożliwienia krętkom rozmnażania się w tkance. Wycięcie złogów bizmutowych umożliwia ponowne zakażenie; sprawa wikła się niezmiernie przez obecność zakażeń kiły bezobjawowych (stwierdza się jedynie krętki w odpowiednich gruczołach chłonnych).

Wymienieni autorowie sprawdzili te dane na królikach w stosunku do teluru i bizmutu.

Telur był stosowany w postaci metalicznej, lub trójtlenku, przyczem pokazało się, że metal ten w ilości dostatecznej (od 0.025—0.1 na kilo wagi) zapobiega zakażeniu kiłą. Zakażenie kiłą było stosowane przez wprowadzenie do jądra zarazków kiłowych z szczepu *Truffiego.* Zapobieganie spostrzega się w okresie od 8 do 116 dni po podaniu teluru.

Wśród zwierząt zakażonych kiłą jedne były odporne na zakażenie ponowne, inne temu zakażeniu uległy. Pokazało się, że pierwsze posiadały w tkankach narządów znacznie większą ilość teluru. Odporność pierwszej kategorji królików nie można tłomaczyć istnieniem zakażenia bezobjawowego, bowiem narządy tych zwierząt nie były zakaźne dla królików zdrowych.

Bizmut stosowany był pod postacią winianu zasadowego (trépol) i bizmutu metalicznego. Pierwszy z tych przetworów zapobiega zakażeniu w ciągu okresu 152 dni po wstrzyknięciu bizmutu. Zdolność zapobiegania zależy od ilości bizmutu w tkankach, a w szczególności w nerkach — ze spadkiem tego wskaźnika bizmutowego poniżej określonego poziomu — ustaje zapobiegawcze działanie środka.

Działanie zapobiegawcze bizmutu metalicznego jest znacznie słabsze; już drugie szczepienie kiły po 73 dniach daje wynik dodatni w 78% przypadków.

Spostrzeżenie to tłomaczą autorowie — z jednej strony łatwiejszem powstawaniem połączeń białkowych winianu bizmutu; połączenia te łatwiej wchłaniają się — możność zaś wchłaniania preparatu jest

nieodzowna dla jego skuteczności (pod względem krętkobójczym); z innej strony bizmut metaliczny łatwiej ulega otorbieniu. Podkreślić należy, że zapobiegawcze działanie omawianych metali polega nie na istnieniu bezobjawowej kiły, lecz na istotnem bakterjobójczem działaniu metali, dowodem tego jest brak krętków w odpowiednich gruczołach chłonnych badanych królików.

Cytologja płynu mózgowo - rdzeniowego w przebiegu kiły. P. Ravaut i R. Boulin. *Ann. de Derm. et de Syph. 1927, nr. 12.*

Metody ogólnie stosowane przy obliczaniu ciałek białych pł. m.-rdz. są niedostatecznie precyzyjne dla oceny cytologicznych właściwości komórki; zazwyczaj oblicza się jedynie limfocyty i komórki wielojądrzaste. Autor proponuje metodę własną: mianowicie barwienie pironiną i zielenią metylu (barwik Pappenheima) osadu (odwirowanego i nie utrwalonego).

Dzięki tej metodzie udaje się stwierdzić znaczną rozmaitość komórek pł. m.-rdz. Udaje się odróżnić następujące główne kategorje komórek:

a) komórki przypominające limfocyty i mononukleary o wielkiej rozmaitości jąder, załączona, nieco schematyczna tablica to ilustruje,

b) w innych przypadkach stwierdza się domieszkę komórek plazmatycznych i dużych mononuklearów.

Cytologiczny skład pierwszego typu odpowiada zapaleniu (kiłowemu) opon o dosyć słabem natężeniu, spotyka się tego rodzaju odczyn komórkowy prócz kiły wczesnej, w gruźlicy i nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Drugi typ cytologiczny odpowiada zajęciu miąższu mózgowia lub rdzenia przez proces chorobowy, spotykamy go tylko w wyjątkowych przypadkach kiłowego zapalenia opon w okresach wczesnych kiły, częściej w kile trzeciorzędnej i w okresach „przedklinicznych" metaluesu, osiąga on swoje natężenie maksymalne w rozwiniętem porażeniu postępującem.

Komórki typu cytologicznego pierwszego, w odróżnieniu od drugiego, dosyć szybko znikają pod wpływem leczenia, jest to również dowodem zmian chorobowych mniej głębokich i początkowych. (Możemy polecić każdemu przeczytanie tej obszernej pracy w oryginale; przyp. ref.).

Początek łuszczycy na odsłoniętych częściach skóry. Jersild. *Ann. derm. et de Syph. nr. 12, 1927.*

Autor opisuje przypadek łuszczycy szczególny (?) zdaniem autora przez początkowe wystąpienie wykwitów na opalonych przez słońce częściach skóry.

Przypadek uogólnionej dermatozy po zastosowaniu plastra. Valette. *Ann. de derm. et de Syph. nr. 12, 1927.*

Autor opisuje przypadek, który wzbudził jego zainteresowanie przez wystąpienie ogólnego zapalenia skóry, o typie rumieniowatym, po zastosowaniu drażniącego plastra.

M. Grzybowski.

SKRZYNKA REDAKCYJNA

PYTANIA.

30. Chora, lat 24, panna skarży się na nietrzymanie moczu podczas snu. Stan ten wystąpił przed pięciu miesiącami; początkowo mimowolne oddawanie moczu występowało rzadko, co tydzień — 10 dni, obecnie prawie co dzień. W dzieciństwie chora na enuresis nie cierpiała. Obecnie stan powyższy wzstąpił bez widocznej przyczyny. Miejscowo żadnych zmian nie stwierdziłem, analiza moczu również nic nie wykryła. Stan ogólny zdrowia, mierny, niedokrwistość. Wszelkie zalecenia bez skutku; rozwija się obecnie silne zadrażnienie skóry na kroczu i udach, wskutek ciągłego podrażnienia moczem. Co czynić? Chora decyduje się na wszystko, nawet na operację.

Dr. St. W. w W.

31. Zgłosił się do mnie rolnik, lat 62, dotychczas cieszący się zupełnem zdrowiem. Od niedawna budzi się chory wcześniej niż zwykle z silnym bólem głowy. Po wstaniu chory odczuwa silny zawrót głowy, tak że musi trzymać się czegoś, żeby nie upaść. Po kilku minutach zawrót głowy ustaje, a po kilkunastu minutach przechodzi również i ból głowy. Chory pił sporo w wieku młodym, obecnie nie pije, nie pali, kiły nie miał. Poza powyższemi bólami czuje się zupełnie dobrze i pracuje ciężko nadal. Badanie serca nic szczególnego nie wykazuje, tylko tony są nieco głuche. Jak należy tłómaczyć ten stan chorego? Czy ból głowy zależy może tu od jakiejś choroby (nowotwór) mózgowia? W jakim kierunku należy chorego dalej badać?

Dr M. G. w O.

32. Kto z kolegów posiada osobiste doświadczenie w stosowaniu Cutivaccin'y Paul? Jakie są wyniki? Czy istnieją jakie polskie prace o tym środku, lub wogóle omawiające nowoczesną terapję gośćca?

Dr. Z. w K.

33. Jeden z moich dawnych pacjentów, którego znam od wielu lat, pracownik biurowy zwrócił się obecnie w stanie ogromnego przygnębienia, gdyż od niejakiegoś czasu pisząc łączy bezwiednie wyrazy; to jest do nieskończonego pierwszego słowa dołącza część następnego; czyni to tylko gdy pisze pospiesznie. Grozi mu z tej przyczyny utrata miejsca. Obecnie chory jest bardzo przygnębiony, ale sprawia wrażenie psychicznie zdrowego. Czy konieczne jest badanie psychjatryczne? Na miejscu ani psychjaty, ani neurologa nie mamy. Czy kto z kolegów nie mógłby mi doradzić?

I. P. w P.

ODPOWIEDZI.

23. Ze środków używanych do wstrzykiwania w żylakach najlepszym okazał się dotychczas „Varicophtin“: ampułki po 10 cm³ 20% rozczynu soli kuchennej (Na Cl) zawierającego jakieś (Firma nie podaje go) Anaestheticum. To ostatnie uśmierza bóle skurczowe, które nierzadko występują podczas pierwszego wstrzyknięcia. Niektórzy chwalą też „Osmon“, „Calarose“ — rozczyny cukru gronowego (do 66%).

Leczenie żylaków wstrzykiwaniami można przy zupełnem opanowaniu techniki przeprowadzać ambulatoryjnie, jakkolwiek przyznać trzeba, że nierzadko przychodzi po pierwszym wstrzyknięciu do bardzo bolesnej *Phlebitis i Periphlebitis*. Zapalenia te jednak nie kryją w sobie żadnego niebezpieczeństwa i ustępują szybko pod wpływem spokoju i ciepłych okładów. Dla ostrożności można zalecić jednodniowe leżenie w łóżku po pierwszym wstrzyknięciu.

W leczeniu guzów krwawnicowych stosują też wstrzykiwania 96% alkoholu ½ — 1 cm³ (*Boas*). Zdania co do ich wartości i skuteczności są jeszcze podzielone.

25. Opisany stan chorobowy przemawia za *Hypertonia* w połączeniu z *claudicatio intermittens*. Poleciłbym upusty krwi do 500 cm³, uregulować tryb życia: mało mięsa, zabronić alkohol i nikotynę. Celem obniżenia parcia krwi Rhodancalcium diuretynę(Knoll): w 1 tygodniu 3 tabletki, w 2 i 3 tygodniu 2 tabletki, w 4 tygodniu 1 tabletkę po jedzeniu. Oprócz tego wstrzykiwanie podskórne Natrium nitrosum (wodny rozczyn 0.02 prodie) przez 30 — 40 dni.

27. Transpulmin i Solvochin użyte (po 1 cm³ domięśniowo w trzech kolejno następujących dniach) w początku choroby mają wartość leczniczą. W opisanym przypadku poleciłbym szczepionkę własną z plwociny przez tydzień wstrzykiwać domięśniowo.

Dr. Ignacy Auerbach
(Ruda Śląska).

OD ADMINISTRACJI.

Prenumeratorzy „Wiedzy Lekarskiej“ nie zalegający z prenumeratą mogą nabywać w Administracji monografję d-ra Węgierki p. t. „Kwasica cukrzycowa i jej leczenie“ po cenie o 20% zniżonej, mianowicie po zł. 8. Zgłoszenia prosimy kierować bezpośrednio do Administracji, Piękna 62.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

PERSODINE
Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI.

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZA POMOCĄ **TLENU:**



$$\boxed{M_2}\,S_2\,O_8 + H_2\,O = \boxed{M_2}\,S\,O_4 + H_2\,S\,O_4 + O$$

ANALOGJA Z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

Przywraca łaknienie nawet w najuporczywszych przypadkach

REKONWALESCENCJI,
BLEDNICY,
NIEDOKRWISTOŚCI,
GRUŹLICY,
NEURASTENJI,
SCHORZENIACH ŻOŁĄDKOWYCH

również u dzieci.



SPOSÓB UŻYCIA:

PERSODINE podaje się raz dziennie, na kwadrans przed obiadem:

Dorosłym — 3 tabletki

Dzieciom od 8 — 14 lat — 2 tabletki

Dzieciom od 2 — 7 lat — 1 tabletka.

Należy rozpuścić tabletki w 1/4 szklanki wody

Przedstawicielstwo L. NASIEROWSKI

Warszawa, Piękna 62. Tel. 30-42, 124-39,

PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE WW.PP. LEKARZY.

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań.



I

NAJŁAGODNIEJSZE i NAJPEWNIEJSZE DZIAŁANIE

przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE. *DOROSLI:* 1,0—2,5 grm. „PRO DIE".
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

II

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH WIĘKSZYCH 2,0 — 3,0 DZIENNIE

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p).

POSTACI:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p

Comprimés { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „

W rurce 10 tabletek.

Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 grm.

W rurce 10 opłatków.



PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ L. NASIEROWSKI
PIĘKNA 62. WARSZAWA Tel. 30-42; 124-39.

HÉMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek

Zawiera w stanie ***biologicznie czynnym i niezmienionym***

Fermenty i Lipoidy krwi

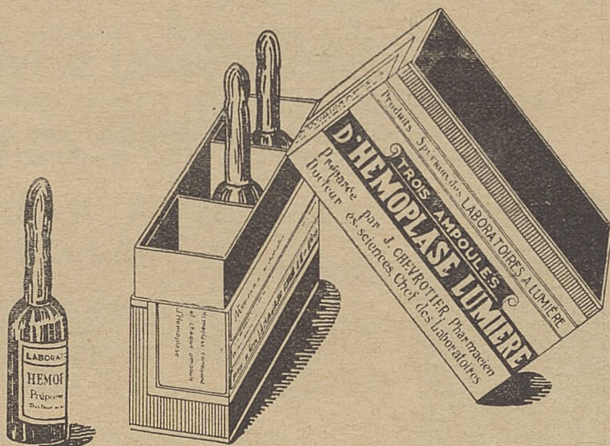
PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY

ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY

WSKAZANIA:

NIEDOKREWNOŚĆ
ANEMJA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACTWA
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH (haemoptoë, typhus abdominalis, dysenterja etc. etc.)
NOWOTWORY.



Postaci:



HÉMOPLASE AMPOULES niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**
(Śródmięśniowo)

DAWKOWANIE: Dorośli: 2 lub 3 zastrzyki tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat—2 razy tygodniowo po 2 cc. (1/5 amp.) od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc. (1/2—1/1 amp.)

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6—10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i waniliją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)



DAWKOWANIE:

od 2—6 lat 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat 3—4 łyż. dziennie.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU